1928
Lane Medical Library

Über die Entwicklung des Hilfsschulwesens

unter besonderer Berücksichtigung der Erlanger Verhältnisse und mit eingehender Darstellung einer schweren Hör-Sprach-Störung bei dem 11½ jährigen Schüler M. R.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
zu Erlangen

vorgelegt von

Christian Büttner,
approb. Arzt
aus Bamberg

Tag der mündlichen Prüfung: 25. Mai 1928.

Universitäts-Buchdruckerei von Junge & Sohn, Erlangen
1928

28:237

Referent: Herr Geheimrat Dr. Specht
Dekan: Herr Geheimrat Dr. Specht

Meinen lieben Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0142

Kurze Inhaltsübersicht.

Der erste Teil der Arbeit stellt an Hand eines kurzen geschichtlichen Rückblickes dar die Entwicklung der deutschen Schwachsinnigenpflege bis zu einer ihrer jüngsten und wichtigsten Einrichtungen, der Hilfsschule. In einer knapp gefaßten psychopathologischen Charakterisierung des schwachsinnigen Kindes werden die wissenschaftlichen Unterlagen aufgezeigt, die die Besonderheiten der Erziehungsmethode der Hilfsschule und ihres Verhältnisses zu den übrigen Volksbildungsstätten begründet. Die Hilfsschule in Erlangen wird als Beispiel ausführlicher behandelt. (S. 7 mit 44.)

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der eingehenden differentialdiagnostischen Untersuchung eines $11^1/_2$ jährigen Schülers der Hilfsschule Erlangen, der an einer schweren, vorgeburtlich erworbenen Schädigung der Gehör-Sprachorganisation leidet, die zu erheblichen akustisch-sensorischen und sprachmotorischen Ausfällen geführt hat. (S. 45 mit 75.)

Das Literaturverzeichnis nennt einen kleinen Ausschnitt der bei der Arbeit verwandten, weniger geläufigen Veröffentlichungen, z. T. älteren Datums. (S. 76 mit 78.)

I. Teil.

Am 1. September 1919 eröffnete die Stadtschulbehörde Erlangens ihre erste Hilfsschulklasse. Sie gelangte damit in den Besitz einer der jüngsten Volkserziehungsinstitute, durch welche die moderne Gesellschaft versucht solche Individuen für ihre kulturell-wirtschaftliche Organisation brauchbar zu machen, die — durch körperlich-seelische Gebrechen gehemmt — vordem von den üblichen Volksbildungsstätten nicht bis zu diesem Punkt gefördert werden konnten.

Wenn solche Gründungen im wesentlichen unserer Zeit vorbehalten blieben, so sagt diese Tatsache an sich noch nichts aus über die Morbiditätsverhältnisse des „intellektuellen und moralischen Schwachsinnes" im Kindesalter. Die erzählende, die zeichnende Kunst und wissenschaftliche Werke überliefern, daß die Erscheinung des seelisch anormalen Jugendlichen zu allen Zeiten dem aufmerksamen Auge begegnete. Die Einrichtung der Hilfsschule charakterisiert nur unsere heutige Auffassung vom Wesen dieser Krankheit und zeigt unser Versuchen und Bemühen, der Widerstände Herr zu werden, die das Individuum hindern sich befriedigend dem sozialen Ganzen einzugliedern.

Es lohnt wohl der Mühe in einem kurzen geschichtlichen Rückblick den Entwicklungsgang pädagogisch-ärztlichen Denkens diesen Problemen gegenüber zu verfolgen, wie es — vielfach gewandelt — unsere heutige Einstellung gezeitigt hat.

Legen wir unserem Versuch zugrunde die kurzen geschichtswissenschaftlichen Notizen in den „Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters" von Prof. Homburger, so müssen wir als eine erste wichtige pädo-psychiatrische Einsicht erwähnen die Beobachtungen, die Theophrastus

Paracelsus von Hohenheim während seiner Basler Professur (1526—27) in einer Abhandlung über den einheimischen Kropf niedergelegt hat. Hervorgehoben sei, wie er in wahrhaft genialer Weise den inneren Zusammenhang zwischen der „Struma endemica“ und bestimmten jugendlichen Schwachsinnsformen erkannte, somit erstmals in seinen wesentlichen Zügen das uns heute geläufige Krankheitsbild des endemischen Kretinismus beschrieb. Er und sein Nachfolger Felix Plater hatten damit gleichzeitig eine erste, wichtige und präzis abgegrenzte Form kindlicher Schwachsinnszustände erkannt.

Zwanzig Jahre später lernen wir wieder einen Schweizer kennen, den Genfer Geologen M. B. de Saussure. Auch er sah, in ähnlicher Weise wie sein Vorgänger, der angesehene holländische Arzt Pieter van Forcest (1522—97), den endemischen Kretinismus auf seinen Exkursionen durch die Alpen. Und offenbar kam ihm als erstem der Gedanke — eine Vorstellung, die uns noch heute geläufig ist —, es möchte diese Krankheit, die er in merkwürdiger Weise auf enge, scharf abgegrenzte Bezirke beschränkt sah, irgendwie mit geologischen Verhältnissen in Zusammenhang stehen. Er dachte an Besonderheiten der Gesteinsart und der Quellenbeschaffenheit. Saussure war ein weitblickender, dazu tatkräftiger Mann. Vor aller Öffentlichkeit verlangte er für die „Kretins“ staatliche Fürsorge. Leider paßte diese Forderung noch wenig zum Fühlen und Denken des 17. und 18. Jahrhunderts. S. wurde energisch abgelehnt, seine Pläne waren bald vergessen.

In Comenius nimmt zum erstenmal die Pädagogik positiv Stellung zum kindlichen Schwachsinn. In seinem großen Werk Didaktica magna (1657), 6. Kap., Abschn. 7 heißt es: „Es ist zu zeigen, daß die Bildung für alle nötig ist. Schon wenn wir die verschiedenen Zustände des Menschen betrachten, werden wir dies finden. Denn daß den Schwachsinnigen zur Bekämpfung ihres natürlichen Stumpfsinnes eine Unterweisung notwendig sei, wer wollte dies bezweifeln!“

Ca. 150 Jahre später — wir begegnen bereits Zeitgenossen von Goethe und Schiller — stoßen wir auf den

ehemaligen Magdeburger Lehrer und Schriftsteller H. Zschokke. Noch als junger Mann war er nach Graubünden ausgewandert. Hier widmete er sich in zunehmendem Maße der Frage nach Verbreitung und Form des kindlichen Schwachsinns. 1812 veröffentlichte er erstmals seine Untersuchungsresultate. Er zeigte die Notwendigkeit einer allgemeinen Schweizer Statistik über Verbreitung und Art seelischer Minderwertigkeit. Darin hatte Z. richtig gesehen: sie bedeutete den wichtigsten Schritt im Verfolg der Saussure'schen Pläne, den Staat zu interessieren. 1855 (!) kam sie endlich zustande.

Aber schon über ein halbes Jahrhundert früher hatte der pädagogisch interessierte J. J. Guggenmoos auf dem Abendberge in Interlaken die erste — private — Schwachsinnigenanstalt gegründet. Sein außerordentlich gewagtes, mühevolles Unternehmen war von der warmherzigen Idee getragen, „die geistig minderfähigen Kinder — meist waren es Kretins — zu retten, . . . alle Grade der nicht angeborenen Idiotie körperlich und geistig zu pflegen und zu erziehen". Als ihm seine pädagogischen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend schienen, studierte er noch als reifer Mann Medizin. Mit einer etwas überschwenglichen Propaganda rief er in ganz Europa stürmische Begeisterung hervor. G. fand von vielen Seiten Unterstützung. Als aber seine tatsächlichen Erfolge nicht Schritt hielten mit seinen weitgehenden Versprechungen und den übertriebenen und törichten Erwartungen des Publikums, war man eben so schnell bitter enttäuscht. Das allgemeine Interesse erlosch und G. machte Bankrott. Das Schlimmste daran war, daß dieses an sich bedauerliche und im Grunde unverdiente Ende des „Abendberges" auf Jahrzehnte hinaus jeden neuen Versuch von vorneherein als verfehlt erscheinen ließ.

Inzwischen waren in Deutschland eine Reihe von Publikationen erschienen. Hervorgehoben sei ein Sammelwerk von Dr. J. P. Frank, Univ.-Prof. und Direktor des allgemeinen Krankenhauses in Wien, „System einer vollständigen medizinischen Polizei" (1779). Denn hier spricht erstmals ein Arzt: es sei notwendig auch schwachsinnigen Kindern nach Möglichkeit Erziehung und Bildung zuteil werden zu lassen. —

1817 veröffentlichte Dr. med. A. M. Vering aus Münster i. W. seine „psychische Heilkunde", in der es heißt: „Es wäre wirklich zu wünschen, daß in großen Städten, wo die Zahl der blöd- und schwachsinnigen Kinder gewöhnlich sehr groß ist, eigene Unterrichtsanstalten für selbige errichtet würden, so wie man schon seit längerer Zeit für Taubstumme und Blinde solche Institute angelegt hat". Die beiden Veröffentlichungen zusammengenommen enthalten, kurz und bündig, das Programm einer modernen Hilfsschule.

Wohl ziemlich unabhängig von Tagesmeinungen und Zeittendenzen, kaum beachtet von der nächsten Umgebung, entstand 1816 die erste Hilfsschule auf deutschem Boden in Hallein bei Salzburg durch einen unbekannten Lehrer: Gotthard Guggenbühl. Es war eine eigenartige Gründung, ohne Geld, ohne opferfreudige Freunde, ohne jedes wohlwollende Entgegenkommen der (klerikalen) Behörde, die ihn als unbequemen Neuerer empfand. G. stammte aus dem bayerischen Schwaben. Er war nicht mehr jung (48 J.), er hatte schon 30 Jahre im Beruf gestanden, als er sich in Hallein niederließ, um eine Privatschule für „Kretins, taubstumme, schwerhörige und sprachkranke Kinder" zu begründen. Sein Wiener Lehrer sagte von ihm: Seine theoretische Ausbildung sei mangelhaft, doch werde er als Praktiker Ersprießliches leisten. — Anfänglich hatte G. enorme Schwierigkeiten zu überwinden. Seine Bemühungen die Behörden zu interessieren blieben erfolglos. Trotzdem begann er sein Werk, anfangs nur mit 3 Kindern. Aber G.s hingebungsvolle und geschickte Arbeit erzielte offenbar bald imponierende Erfolge. Er erntete Anerkennung, er erhielt freiwillige Schulspenden, die Zahl seiner Pfleglinge wuchs. Alles jedoch leider nur für wenige Jahre. Die hohe (geistliche) Schulbehörde sprach der Schule jede Berechtigung ab. Die große Werbetrommel zu schlagen brachte G. nicht fertig. 1830 war die Schule mit großer Begeisterung eröffnet worden, 1835 mußte sie — aus Mangel an Geld und Schülern — mit einem Bestand von 2 Kindern aufgelöst werden. G. mußte weichen. Er zog sich zurück. Nach wenigen Jahren war er verschollen.

Die ersten erfolgreichen und auch anerkannten Hilfsschul- bezw. heilpädagogischen Versuche gingen von 2 Lehrern aus, Kern und Stötzner. In dem gleichen Jahre, in dem Guggenbühls Schule sich auflöste, gründete der Lehrer K. Fr. Kern in Eisenach Unterrichtskurse zur Nachhilfe für einige wenige taubstumme und schwachsinnige Kinder. Sein wachsendes Interesse nötigte ihn, nachträglich Abitur und ärztliche Approbation zu erwerben. Er promovierte mit der ersten heilpädagogischen Dissertation: „De fatuitatis cura medica et paedagogica consocianda". 1853 gründete er die heilpädagogische Privatanstalt Möckern, die sich unter Kerns Nachfolgern bis heute erhalten hat. — Im Auftrag des Stadtrates von Leipzig arbeitete der Lehrer Stötzner in Anlehnung an die Kernsche Gründung Pläne aus für die Errichtung einer städt. Hilfsschule. Leider kam seine Vorlage erst Jahrzehnte später zur Ausführung. Folgende Zeilen stammen aus einem interessanten Referat, in dem er anläßlich der Gründung der Gesellschaft zur Förderung der Schwach- und Blödsinnigenbildung (1865) den Beschluß der Versammlung kurz und bestimmt zum Ausdruck brachte: „In allen größeren Städten gründe man Schulen für schwachsinnige Kinder, damit diese, die später zum größten Teil nur der Gemeinde zur Last fallen, durch geeignete Persönlichkeiten und entsprechenden Unterricht zu brauchbaren Menschen herangebildet werden".

In den Rahmen dieser Entwicklungsperiode gehört noch der oldenburgische Bauernsohn Katenkamp. Geistig rege, besonders pädagogisch interessiert trat er mit 23 Jahren noch ins Lehrerseminar ein (1831). Schon auf seiner ersten kleinen Dorfstelle widmete er sich, neben dem Hauptberuf, den taubstummen, stotternden und auch schwachsinnigen Kindern seines Schulbezirkes. 1845 quittierte er den Dienst und gründete in Delmenhorst eine Privatanstalt für solche Kranke. Er agitierte energisch gegen Alkoholismus, den er in hohem Maße verantwortlich machte für derartige somatisch-psychische Minderwertigkeiten. Er war wie die meisten seiner Vorgänger ein strahlender Idealist. Trotz der ablehnenden und törichten Haltung der Regierung führte Katenkamp sein Unternehmen großzügig, unbesorgt um alle finan-

ziellen Schwierigkeiten bis zu seinem Tode durch. Freilich, schon kurze Zeit darnach wurde Delmenhorst von den „Erben“ aufgelöst (1879).

Hier endet eine größere Reihe interessanter Versuche, gewagt und getragen von vereinzelten, erzieherisch hervorragend begabten Persönlichkeiten. Kirche und Staat waren ihnen nicht gewogen. Ein starrer Kastengeist verurteilte die Leistung „Unberufener“. Diesen Mächten fielen sie und ihr Werk fast ohne Ausnahme zum Opfer.

Es folgt nun die Zeit der konfessionell-kirchlichen, und daran anschließend die der ersten staatlichen und städtischen Gründungen. Eingeleitet wurde diese Periode von dem vielgerühmten Stadtpfarrer K. Gg. Haldenwang in Wildberg i. W. Nach seelsorgerisch-karitativen Gesichtspunkten sammelte er ziemlich wahllos körperlich-seelisch zurückgebliebene Kinder. Seine persönliche Geschicklichkeit, seine Autorität förderte das Unternehmen. Nach 12jähriger Führung, vor allem ermöglicht durch Mittel der Privatwohltätigkeit, wurde die Anlage vom Staat übernommen (1835). — In rascher Folge entstanden die Anstalt Mariaberg, eine Schöpfung des Geistlichen, späteren Dr. med. Fr. Müller, die Gründungen des katholischen Theologen Probst in Eckberg, die Löbes in Nürnberg, das berühmte Kephata bei München-Gladbach, inauguriert und — später, ab 1865 — geleitet von dem ehemaligen Kaiserswerther Diakonissenpfarrer Disselhoff. In zahlreichen Schriften kämpfte er leidenschaftlich gegen die ererbten Vorurteile der Zeitgenossen. Wie schwer sein und der ihm Gleichgesinnten Stand war, zeigt sein Aufruf: „Die gegenwärtige Lage der Kretinen, Blödsinnigen und Idioten in den christlichen Ländern. Ein Not- und Hilferuf für die Verlassensten unter den Elenden an die Deutsche Nation“. Es kostete Mühe, für die kleine nette Broschüre überhaupt einen Verleger zu gewinnen. — Allmählich drang man durch. Nach dem Muster von München-Gladbach entstand Neinstedt und Stettin. Zählungen wurden veranstaltet, die den neu projektierten Gründungen als wichtigste Unterlage dienten.

Langsam überwandten nun auch die Regierungen ihre Abneigung; und so folgten in den 70er und 80er Jahren

erst zögernd, bald aber in wachsendem Tempo die staatlich-städtischen Gründungen. Der Arzt Th. A. Ettmüller (1808 bis 1881) hatte als Chefarzt der Landerziehungsanstalt Braunsberg bei Freiberg i. S. 1844 im Verein für Augenheilkunde einen Vortrag gehalten über „Die Erziehung blödsinniger Kinder“ mit der Absicht die Regierung für die Schaffung geeigneter Fürsorgeeinrichtungen zu gewinnen. Er fand Verständnis. Man entsandte einen Lehrer zu Guggenmoos auf den Abendberg um sich dessen Erfahrungen zunutze zu machen. Und schon 2 Jahre später (1846) konnte Sachsen das heilpädagogische Institut Hubertusburg i. S. eröffnen. — Nochmals erwähnt sei Neinstett im Harz und die Kückenmühle bei Stettin, Disselhoffs Werk. 1867 wurden unter Senselmann die Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg gegründet. Allerorts entstanden Erziehungs- und Bildungsstätten für Schwachsinnige aller Formen und Stufen, für Sinnesgeschädigte, Sprachgestörte etc. in der Weise, daß die konfessionell-kirchlichen und rein karitativen Stiftungen mehr und mehr von den staatlichen an Zahl und Größe überholt wurden.

Auffallen muß, wie relativ spät die medizinischen Kreise nennenswertes Interesse an der Schwachsinnigenfürsorge zeigten. Einer positiven Stellungnahme in offizieller Form begegnen wir zum erstenmal anläßlich der Gründung der Langenhagenschen Anstalt in dem Referat: „Der Idiotismus und die Idiotenanstalten mit besonderer Rücksicht auf die Verhältnisse im Königreich Hannover“. Diese Haltung änderte sich allerdings in der Folge sehr schnell dahin, daß Schüle 1885 die Forderung der Irrenärzte proklamierte, „man wolle nicht nur ärztlicherseits mitwirken an diesen Anstalten, man fordere prinzipiell die Unterstellung sämtlicher Idiotenanstalten unter irrenärztliche Leitung“. Es entspannen sich schwere Kompetenzstreitigkeiten, die noch bis herein in die jüngste Zeit Kongresse und Tagungen beunruhigten. Der heute geläufige Stand ärztlichen Einflusses auf die medizinisch-pädagogische Leitung solcher Anstalten liegt begründet in der geschichtlichen Entwicklung der deutschen Schwachsinnigenpflege seit über 100 Jahren. Viele Jahrzehnte hatten diese Institute das — wenig geachtete und beneidete — Privileg

rein privater Initiative werden lassen. Heute ist es in der Regel die finanzielle Notlage, die eine ideale Reformierung verbietet, so daß der Einfluß des Arztes meistens nach Maßgabe der täglich zu leistenden Arbeitsmenge hinter dem des Pädagogen zurücktreten muß.

Noch ein paar Worte über die Entwicklung im Ausland. In Frankreich hatte die Heilpädagogik von Anfang an eine wesentlich andere und eindrucksvollere Form angenommen. Schon um die Wende des 18. Jahrhunderts war der berauschende Gedanke einer „Erziehung, Bildung und Rettung" der Schwachsinnigen Gemeingut aller Gebildeten geworden. Gesellschaft, Staat und Wissenschaft waren gleichermaßen empfänglich und ebneten der Schwachsinnigenpädagogik und -psychologie die Wege in mustergültiger Weise. Und so entstanden in Paris schon damals in freiem Zusammenwirken von Pädagogik und Medizin auf der ganzen Linie wissenschaftlicher Erforschung des kindlichen Schwachsinns wertvolle Arbeiten. Man vergleiche die Mitteilungen aus Picêtre und Salpetrière, wo Ferrus die erste Schwachsinnigenschule gründete, wo Falcet, Voisin, Bourneville u. a. wirkten.

Ihrer Berühmtheit wegen sei auch die „Erste Ungarische Idioten- und Erziehungsanstalt" in Budapest erwähnt (1877). Ihr Begründer war der Arzt J. Triem. Den 14jährigen, der von frühester Jugend auf zur Theologie bestimmt war, enthusiasmierte das Bild eines idiotischen Knaben, der unter einem Kruzifix kniete, zu dem Entschluß „Lehrer und Führer der geistig Abnormen Ungarns" zu werden. Im übrigen war T. eine lebendige und tatkräftige Persönlichkeit. Er bereiste u. a. Deutschland, Holland. Mit Geschick leitete er Ungarns Fürsorgewesen ein. Sein Werk gipfelte in der Gründung und weitsichtigen Leitung der Budapester Anstalt. —

Fast unbemerkt lenkte uns die geschichtliche Betrachtung der „Hilfsschule", wie sie von Guggenmoos sinngemäß und vielversprechend angestrebt wurde, abseits zu einem ganz speziellen Zweig moderner Schwachsinnigenpflege, dem heilpädagogischen Internat. Nach dem Auftreten Kerns, seit den Arbeiten Stötzners war eine jahrzehntelange Pause absoluter Uninteressiertheit für die Frage der Hilfsschule eingetreten.

Alle Aufmerksamkeit vereinigte sich auf die Möglichkeiten der Anstaltsbehandlung. Erst die letzten 25—30 Jahre pädagogischer Entwicklung drängten nachdrücklich zu einer immer lebhafter geforderten Umgestaltung. Mit den zunehmend höheren Aufgaben, die das aufblühende moderne Wirtschaftsleben der Schule stellte, stieg prozentual die Zahl der Kinder, die sich diesen erhöhten schulischen Anforderungen nicht mehr gewachsen zeigten. Sie wirkten in dem gesteigerten Unterrichtsgang wie störende Fremdkörper. Zum Schaden beider Teile hatte sie die Schule bisher mitschleppen müssen. Man sah ein, daß die Normalschule, welche die Höchstleistungsfähigkeit des gesunden Kindes voraussetzte, dadurch verhindert wurde auch den Minderbefähigten gerecht zu werden, d. h. auch bei diesen ein Höchstmaß schulischer Erziehung zu erreichen. Anderseits waren die Kinder, deren körperliche und seelische Gebrechen in dieser Beziehung eine Modifizierung des Schulbetriebes verlangten, zu zahlreich geworden um sie als „Bildungsbeschränkte“ völlig vernachlässigen und von der Schulerziehung ausschließen zu können. Aber es bedurfte noch jahrelangen, energischen Kampfes, bis sich die Hilfsschule von einer Nachhilfeeinrichtung zur völlig unabhängigen, selbständigen Schule mit einer besonderen, speziellen Hilfsschulpädagogik durchgerungen hatte.

Gemeinsam bleibt ihr mit der Normalschule wie mit der Anstaltsschule das Ziel durch schulgemäße Erziehung das Kind für seine späteren Aufgaben innerhalb des sozialen Lebens vorzubereiten. Sie bewahrt sich das Gesamtgepräge einer Schule dadurch, daß sie die Kinder in Klassen zusammenfaßt und nach Alter und Leistungsfähigkeit in eine Anzahl von Stufen gruppiert. Gleich der Normal-Volksschule umfaßt sie eine gewisse Zahl von Jahrgängen (meist 7) und darauf aufgebaut 3 Fortbildungs-Schuljahre.

Ihre Besonderheit liegt in der anderen Methode, das andersartige Kind pädagogisch zu erfassen. In der praktischen Auswirkung zeigt sich diese, verglichen mit den Normal-Volksschulplänen, in einer wesentlichen Verringerung des

Lehrstoffes, insbesondere in möglichster Ausscheidung des rein abstrakten Lehrstoffes und in der Anpassung der Unterrichtsfächer an die geringeren und einseitiger ausgebildeten geistigen Fähigkeiten des Schülers wie auch an seine besonderen seelischen Eigentümlichkeiten. Anderseits zeigt sie die Notwendigkeit neue, nach bestimmter Richtung ausgebaute Unterrichtsgegenstände aufzunehmen. Die körperliche Geschicklichkeit, besonders die der Hände, die beim Hilfsschulkind erfahrungsgemäß außerordentlich mangelhaft ist, übt sie durch alle Arten manueller Beschäftigung, u. a. durch Handarbeiten, also Strick-, Näh-, Flechtarbeiten, zu denen die Knaben ebenso angehalten werden wie die Mädchen. Die starke Betonung von Turnen, Gymnastik, Spiel etc. soll ermuntern zu energischer Konzentrierung und Beherrschung körperlicher und seelischer Kräfte. Die regelmäßigen Gartenarbeiten wenden sich an den Sinn für Schönheit und Ordnung, Achtsamkeit und Ausdauer etc. — Im Unterrichtsgang selbst zeigt sich der Unterschied in dem wesentlich langsameren Tempo, in der eingehenderen, häufigen und intensiven Veranschaulichung, in dem ständigen Wiederholen und Üben, in der möglichsten Verlebendigung des Stoffes, wie sie ein passives und oberflächliches Bewußtseinsleben nötig hat. Um das Klassenbild möglichst zu bereichern kam man mit gutem Erfolg zurück auf gemeinsame Erziehung von Knaben und Mädchen. — Der Hilfsschule muß Befähigung des Lehrers und Zeit zur Verfügung stehen um auf die körperlichen und seelischen Gebrechen des einzelnen Kindes (Sprachfehler, Schwäche der Sinnesorgane, Psychasthenien, Nervenerkrankungen und deren Folgen usw.) eingehen zu können. So vielgestaltig die Gebrechen und Mängel, so zahlreich und schwierig sind die Aufgaben der Hilfsschule.

Man hat langsam eingesehen, daß das Ziel der Hilfsschule nicht sein kann etwa durch besonders eingehende und individuelle Behandlung des Kindes den Wissensstand des gesunden Altersgenossen zu erreichen. Man weiß heute, daß das Hilfsschulkind dem Normalkind mehr oder weniger wesensfremd ist. Es ist ihm nicht nur unterlegen auf Grund seiner mehr oder minder geschädigten Intelligenz, sondern es weicht

bis in die Tiefe seiner charakterologischen Struktur und seiner Persönlichkeit vom Normaltyp ab. Und darum hat die Hilfsschule ihr ehemaliges Ziel, durch verintensivierte Arbeit die Kinder bis zur Zurückversetzungsreife in die Normalschule zu „fördern", bewußt aufgegeben. — Neben der intellektuell-logischen Begabung sind es eben die Besonderheiten des Temperaments und die individuelle Charakterbildung, die die Fortschritte in der Schule und späterhin die Position im Leben bedingen. Hier, in der Hilfsschule, sehen wir in unzähligen Varianten den beweglichen, ständig interessierten, meist heiteren aber unzuverlässig-planlos geschäftigen eretisch-Schwachsinnigen, daneben den apathischen, in seinen Stoffwechsel versunkenen, gleichgültigen, schwerfällig-ungeschickten Torpiden. So leicht diese Kinder, ihrer Umwelt hilflos preisgegeben, das Opfer böswilliger oder unfähiger Leitung werden, ebenso sind sie die willenlosen Spielbälle innerlich erwachender Triebe. Oberflächliche Beurteilung spricht dann vorschnell von ethischem Schwachsinn. Meist aber sagen selbst schwere Vergehen nichts aus über die eigentliche gemütliche Veranlagung des unwissenden Sünders. Oft sehen wir ihn bei solchen Vorfällen in einen tragischen Widerspruch zu seinem sonstigen Wesen geraten. Nicht gezügelt durch Sitte und Gewöhnung, nicht gewarnt von einem klug abwägenden Verstand erliegt er der momentanen Gefühlsaufwallung.

Darum betont heute die Hilfsschulpädagogik weniger die stoffliche Schulung als vielmehr die erzieherischen Aufgaben, die ihr die schwerbelasteten und leider nicht selten verwahrlosten Kinder stellen. Unter dem Hinweis auf seine ständigen Konflikte mit der Umwelt charakterisiert Prof. Dr. Schmidt das H.-Sch.-K. so: „Es ist eben nicht nur ein schwer zu unterrichtendes Kind, sondern auch ein schwer erziehbares".

Um das Wesen der Hilfsschulpraxis etwas zu verdeutlichen sei betont, wie ein fast uneingeschränkt individuelles, vielgestaltiges Bemühen die Grundlagen, auf denen später die elementaren Schulleistungen (Rechnen, Schreiben, Lesen etc.) aufgebaut werden sollen, nicht selten aus allerprimitivsten und unvollkommensten seelischen Fähigkeiten erst entwickeln muß. Es gilt, das Kind, das, zunächst abgeschlossen von der

Umwelt, dumpf und ziellos vegetiert, so zu erfassen, daß es an der zunächst künstlichen Steigerung, Belebung und Differenzierung seiner Sinneseindrücke und seiner seelischen Empfindungen zu erwachen beginnt. — Zur Illustration sei ein bestimmtes, im Rahmen der Schule nicht irgendwie ungewöhnliches Kind gezeigt: Eine Menge abnormer Reaktionsweisen verraten erhebliche Störungen der Koordination bei so ungefähr sämtlichen willkürlichen Bewegungsabläufen. Die leichte Debilität stand der Erlernung der Buchstaben nicht im Wege. Es hat die einzelnen Formen und Lautbedeutungen in seinen Gedächtnisschatz ohne besondere Mühe aufgenommen. Es kann sogar, wenn auch etwas stockend, vorlesen. Nicht bringt es aber fertig auch nur einen Buchstaben annähernd formgetreu niederzuschreiben, weder aus dem Gedächtnis noch nach einer Vorlage. Unbeherrscht irrt der Stift hin und her. Dabei ist das Kind, trotz des stark betonten Anschlußbedürfnisses an den Lehrer nicht etwa befangen oder ängstlich. — Ähnlich „ungeschickt" zeigt es sich bei allen übrigen manuellen Verrichtungen. Den Hammer, mit dem es einen Nagel einschlagen soll, führt es ataktisch in kreisenden Bewegungen hin und her, gefährdet seine Augen und klopft sich auf den Finger. Hinsichtlich der unteren Gliedmaßen das gleiche Bild: Das Laufen geschieht nur ganz mangelhaft, ständig kreuzen sich Füße und Beine. Der Gang ist torkelnd. Mit rudernden, zappelnden Armbewegungen erhält es sich notdürftig im Gleichgewicht. Häufig fällt es zu Boden. Auch die Sprache zeigt motorische Störungen. Die Artikulation ist ungenau, gerät oft ins Stottern und Stammeln.

Hier tauchen für Lehrer und Kind Schwierigkeiten auf beim Erlernen von Schreiben, Lesen, Rechnen, Sprechen etc., die in keinem Verhältnis stehen zu denen seiner gesunden Altersgenossen. Im Rahmen der Normalschule bliebe der Unterricht notwendig erfolglos. Die Hilfsschularbeit muß hier mit monatelangen, ja jahrelangen systematisch betriebenen Funktionsübungen beginnen. Denn was hülfe diesem hilflos zappelnden, torkelnden, stotternden Wesen der Erwerb irgendeiner — psychologisch gedacht — hochwertigen intellektuellen Leistung, solange der Weg zur Außenwelt in dieser Weise

abgesperrt ist. Wir ahnen, wie weit in solchem Fall das Lehren des Schreibens, Sprechens und der Handarbeiten ausholen muß. Umsichtige Anleitung übt zunächst in systematischer Weise sein Gehen und Laufen, sein Greifen, Zeigen, Deuten und die übrigen schwierigeren Ausdrucksbewegungen. Sie schult die Sprachmotorik, das Vokalisieren und Konsonantieren, sie schult das Tast- und Bewegungsgefühl, das Formempfinden und Vorstellen, das geometrische Gedächtnis. Die ersten Schreib-Lese-Sprechversuche müssen anfangs bewußt elementar gehalten werden, müssen noch mehr Mittel zum Zweck sein als Selbstziel. — Der Hilfsschullehrer hat eben in seinem Schüler nicht den allseitig harmonisch vorgebildeten und ausgestatteten Menschen vor sich. Der Lehrer muß einen Teil der seelischen Fähigkeiten, die sich beim gesunden Menschen wie von selbst ausbilden, erst schaffen. Und darum betont heute die Hilfsschul-Pädagogik die Formalbildung als das Urelement ihrer Aufgabe, hinter der jedes Stoffwissen als Selbstzweck zunächst völlig zurücktreten müsse. Wie in diesem Falle die „Lese- und Schreibvorübungen“ allein der Schulung elementarer seelischer Fähigkeiten dienen sollen, so wird bei einem andern Kind beispielsweise das Rechnen das Mittel, womit die Schule gehemmte oder gestörte psychische Leistungen zu vervollkommnen anstrebt. Karl Bartsch sagt: „Das erste Lesen ist hineingetaucht in die allgemeine Behandlung der Hilfsschüler und verwoben mit den „geistig-orthopädischen Übungen“ im ersten Hilfsschuljahr. Es tritt nicht als gesonderter Unterricht auf, hat nicht das Lesenlernen zum Ziel. Alle Leseübungen sollen Kräfteübungen, sollen Funktionsübungen sein, haben also formale, nicht materiale Bedeutung . . . .“ Auch der sogenannte Sachunterricht, der Handfertigkeitsunterricht erstrebt allgemeine Sachkenntnisse und allgemeine Geschicklichkeit als Grundlage für die spätere handwerkliche Berufsausbildung. Das Hauptziel der Schule ist Ausgleich zu schaffen für gestörte Kräfteverhältnisse aller psychischen Funktionen (Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, Achtsamkeit, Raum- und Zeitabschätzung, logische Verknüpfung einzelner Vorstellungsgruppen etc. etc.).

Angesichts der u. U. uferlosen Schwierigkeiten müssen wir erwarten, daß alles, was heute von Lehrer und Schule aufgebracht wird an Kraft und hingebendem Interesse, eben doch nicht immer ausreicht das Ziel zu erreichen. Diese Kranken bleiben dann über die Schulzeit hinaus pflege- und fürsorgebedürftig. Für die andern ist der Zeitpunkt, an dem sie die Schule ans Erwerbsleben abgibt, eine überaus schwierige und heikle Wende. Beim normal befähigten Menschen oft kritisch genug wird er für den H.-Sch.-Zögling leicht katastrophal. Mit einem Male fällt weg die geistig moralische Leitung durch die Lehrerschaft, das ganze Schulgefüge als die stetig lenkenden und stützenden Einflüsse, die die H.-Sch. in ungleich höherem Maße als die Normalschule ausbilden mußte. Meist gelang es nur in den selteneren Fällen, den Heranwachsenden charakterlich so zu festigen, daß er seinen gesunden Altersgenossen in Werkstatt und Geschäft, überhaupt in den Situationen des täglichen Lebens ebenbürtig ist. Diese Klippe vereitelt leicht die ganze Mühe vieler Jahre. Wir verstehen es aus diesem Grunde, wenn sich die Stimmen mehren, die die Hilfsschule mehr und mehr in Richtung des heilpädagogischen Internates ausbauen wollen. Bartsch fordert nachdrücklich für die Zukunft der Hilfsschule „die heilpädagogische Anstalt, die so lange als möglich den Hilfsschüler betreut, seine intellektuelle und manuelle Ausbildung in bester Weise garantiert . . . ihm aber auch jederzeit die Möglichkeit gibt zu ihr zurückzukehren, wenn er sich den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen zeigt, damit er weiterhin tüchtig gemacht werden kann". —

Die Erfolge der Hilfsschule werden sehr verschieden beurteilt. Im Durchschnitt bezeichnen die Statistiken 75 bis 85 % der Schulentlassenen als erwerbsfähig in dem Sinn, daß sie bei normaler Lage des Arbeitsmarktes imstande seien sich ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen. Die in Frage kommenden Berufszweige sind einfacher, fast nur manueller Art. Alle körperlichen Gebrechen bedeuten darum eine weitere wesentliche Einschränkung der Berufsmöglichkeiten. Von den restlichen 15—25 % seien nur etwa 5 % völlig erwerbsunfähig, die anderen bestritten durch ihre Arbeit immerhin noch einen

Teil ihres Unterhaltes. Allerdings wird allgemein betont, es bedürfe um diese günstigen Resultate zu erreichen einer besonderen Überwachung der Übergangsperiode zwischen Schulentlassung und dem Einsetzen sorgfältig geregelter praktischer Berufstätigkeit.

So wurde es langsam zur guten Gewohnheit, daß der Hilfsschullehrer der Abgangsklasse — nach Rücksprache mit dem Psychiater — zusammen mit den Eltern des betreffenden Halbwüchsigen den geeigneten Beruf erwägt, daß er sich auch späterhin um seinen ehemaligen Schüler bekümmert. Nicht selten wird der einstmalige Lehrer noch nach Jahren der erfahrene und zuverlässige Berater des Arbeitgebers, des Fürsorgeamtes, des Jugendrichters. Eine Reihe größerer Städte (Berlin, Köln, Leipzig, Königsberg etc.) besitzen schon seit mehr als 10 Jahren eigene Organisationen, teils kirchlich-karitativen, teils kommunalen Ursprungs, die an der Eingliederung des ehemaligen Hilfsschülers ins Erwerbsleben unterstützend mitwirken. Schon in den Jahren vor dem Krieg wurden geeignete Arbeitgeber (Handwerker, Gärtner etc.) mit Prämien, die von privater Seite, auch von Staats wegen zur Verfügung gestellt wurden, dazu angeregt, solchen minderbegabten Lehrlingen, die nicht wirklich vollwertige Kräfte darstellten, besonders bei wirtschaftlich ungünstiger Lage Einstellung und zweckmäßige Ausbildung zu gewähren.

Wenn die Hilfsschule auch vornehmlich pädagogischem Denken und Streben ihr Dasein verdankt, so ist sie darum nicht weniger ein einzigartiger Gegenstand ärztlichen Bemühens. Sie ist ja eine Schule, in die nur kranke Kinder gehen! Der Verinnerlichung des Verhältnisses zwischen Lehrer und Kind entspricht die größere Wichtigkeit, die der Fürsorge des Arztes in der Hilfsschule zukommt. Seiner bedarf das Kind nicht nur im Hinblick auf die manifest gewordenen Defekte körperlicher und seelischer Natur. Wir kennen die hochgradige Krankheitsbereitschaft dieser Kinder, die Häufigkeit der Erkältungs- und Verdauungskrankheiten, die ungewöhnliche Schwere, die bei ihnen die gemeinen

Kinderkrankheiten anzunehmen pflegen. Die geringe allgemeine Resistenz verfolgen wir am Ablauf chronischer Krankheiten, etwa der Tuberkulose, die auch dann, wenn sachgemäße Pflege die mangelnde Einsicht und Achtsamkeit des unvernünftigen Kindes ersetzt, relativ schlechte Heilungsaussichten gibt. — Dem Arzt wird der Adspekt des hilflosen Schwachsinnigen etwas verraten von den Konflikten zwischen seinen besonderen Bedürfnissen und den oft so kümmerlichen, ungünstigen, ja gefährlichen häuslichen Verhältnissen. Seine Befunde sollen Berücksichtigung finden im Schulleben, bei der Unterstützung durch wohltätige Einrichtungen, bei der Verteilung von Spenden (Quäkerspeisung u. ä., Ferienkolonie etc.).

In der Beurteilung all dieser Fragen, angesichts ihrer Bedeutung für die bisherige und auch die weitere seelisch-körperliche Entwicklung des schwer geschädigten Kindes sucht die Hilfsschule den Anschluß an die Medizin. Die Hygiene der Hilfsschule bedarf besonderer Berücksichtigung. Die Häufigkeit gefährlicher und ansteckender Krankheiten — Tbc. und Lu. spielen eine nicht unerhebliche Rolle — verlangen wiederholte und gewissenhafte Schuluntersuchungen. Einer besonderen Funktion des Hilfsschularztes begegnen wir später bei Erwähnung des jährlichen Schüleraufnahme- und Entlassungsverfahrens. — Daß die Hauptaufgabe auch des Hilfsschularztes mit diagnostischen und sanitären Feststellungen nicht beschlossen sein darf, daß der beste Teil seines Wirkens die umfassende ärztliche Hilfe bleibt, ist eigentlich selbstverständlich. Da ihm leider trotz häufiger Vorstellungen (vergl. Leubuscher) das Therapierecht versagt ist, muß er sich allerdings im wesentlichen auf sachgemäße ärztliche Beratung der Eltern, der Schulbehörde etc. beschränken.

Es taucht in diesem Zusammenhang die Frage auf nach einer eventuell besonderen Spezialausbildung des modernen Hilfsschullehrers. Wenn wir zurückblicken auf die geschichtlichen Vorläufer der Hilfsschule, die damaligen sogen. Idiotenschulen und Schwachsinnigenanstalten, so begegnen wir der

befremdlichen Tatsache, daß nicht selten absolut Unvorgebildete, auch pädagogisch Unerfahrene Erziehung und Unterricht in Händen hatten. Wenn auch derartige Zustände heute absolut unmöglich geworden sind, so trägt doch die Hilfsschule auch in dieser Beziehung den Stempel der Neuschöpfung. Erst in den letzten Jahren regelt sich eine Art von Fachausbildung. 1901 fand die Frage öffentliche Erörterung auf der Elberfelder „Konferenz für das Idiotenwesen". Horrix-Düsseldorf präzisierte etwa folgende Leitsätze: „Religiös-moralische Grundstimmung, ordentliche Schulung in Psychologie und Logik, eingehende methodisch-didaktische Durchbildung, historisch gebildetes Wissen und Urteil in allen pädagogischen Fragen". — Ein Bremer Verbandstag der Hilfsschule (1905) überholte diesen Konferenzbeschluß mit der Aufstellung einer „systematischen Spezialausbildung". Der Anwärter müsse als Nachweis spezieller Fachausbildung einer entsprechenden staatlichen Prüfung genügen, deren einzelne Bedingungen allerdings erheitern ob der ehrgeizigen Unersättlichkeit, mit der der Lehrplanentwurf vollgestopft wurde, so daß er geradezu enzyklopädisches Wissen in allen modernen Forschungsgebieten voraussetzt. Eine erfolgreiche Praxis begnügte sich bis heute im wesentlichen mit ergänzenden fachwissenschaftlichen Fortbildungskursen, die von den größeren Städten (erstmals Kiel) nach Bedürfnis abgehalten wurden. München richtete in ähnlicher Weise ab 1907 im Anschluß an die Universität Semester-Lehrgänge ein.

Die folgenden Seiten sollen als zweiter Teil dieses Kapitels der medizinisch-wissenschaftlichen Beurteilung und Gruppierung der Krankheits-Formen und Verläufe gewidmet sein, mit denen vorzugsweise diejenigen psychisch-somatischen Störungen des Kindesalters zusammenhängen, die in der Hilfsschule ihre Behandlung finden.

Die Hilfsschule erfaßt in erster Linie die schwachsinnigen, noch bildungsfähigen Kinder. Wir verstehen unter Schwachsinn die Formen psycho-pathologischer Zustände, die gekennzeichnet sind durch eine mehr oder minder hochgradige Beschränkung seelischer Leistungen unter Umständen auf den verschiedensten Gebieten, vor allem aber in der gedanklich-intellektuellen Sphäre. Daneben kommt eine gewisse Sonderstellung zu dem sogenannten moralischen Schwachsinn. Die Gruppe psychischer Minderleistung auf Grund rein körperlicher Gebrechen findet anschließend noch eingehende Erörterung an Hand eines besonders besprochenen Einzelfalles. Abgegrenzt bleibt also unser Gebiet gegen echte Psychosen, in erster Linie endogener Natur. Soweit sie überhaupt im schulpflichtigen Alter vorkommen, gehören sie in die Krankenanstalten und nicht unter die Reihe der Hilfsschulanwärter.

Wenn wir in der öffentlichen Schule dem schwachsinnigen Kinde erstmals begegnen, also in seinem 6. bis 7. Lebensjahr, so stellt sich uns gewöhnlich schon eine Art von Endzustand dar. Die ehemalige akute Krankheit, die längst abgelaufen ist, hat die Narbe, den Defekt zurückgelassen. Die einstige Entwicklungshemmung führte zu mangelhafter Organausbildung, zum teilweisen oder völligen Organverlust. — Die Schule interessiert nun eigentlich nur, was bei dem Individuum funktionstüchtig geblieben ist, was das Kind damit noch leisten kann und ob die Minderbefähigung eine allseitig gleichmäßige ist, ob schließlich selektive Unter- respektiv (kompensatorische) Voll- und sogar Überbegabung besteht und welche Struktur Temperament und Charakter zeigen. Diese Einstellung führt zu einer graduellen Klassifizierung der somatisch-psychischen Insuffizienz. Die tägliche Aufgabe stellt an den Lehrer eben als wichtigste Frage die nach dem Grad der Bildungsfähigkeit.

Zwanglos gruppieren sich auf diese Weise drei Stufen: Der Typus des zu tiefst stehenden Idioten, dessen intellektuell-geistige Leistung quantitativ und qualitativ auf ein Minimum eingeschränkt ist. Ziel- und planlos, willenlos ist er der Spielball seiner Umwelt, seiner eigenen Empfindungen und

Triebe. Das Schattenhafte seines Seelenlebens spiegelt sich in Mienenspiel, Haltung, Gebahren. Nur mit größter Anstrengung erringt er die elementarsten Schulkenntnisse, ein mäßiges Lesen, Schreiben, Rechnen, eine gewisse Kultivierung des Sprechens. Seine Leistungen tragen immer den Stempel des Automatischen, des mechanisch Reproduzierten. Irgend welche rein gedanklichen Inhalte, z. B. Vaterland, Entwicklung etc., moralische Begriffe und Motive bleiben ihm verschlossen. Die Schule muß sich hier fast ausnahmslos darauf beschränken, durch systematisches Üben das Kind an anspruchslose, beharrliche manuelle Arbeit zu gewöhnen. — Dem — noch bildungsfähigen — Idioten steht gegenüber der Debile. Beim ersten Eindruck kann er uns völlig gesund erscheinen. Merkfähigkeit, Auffassungs- und Erinnerungsvermögen sind mitunter erstaunlich gut. Sein bewegliches Empfindungsleben ist nicht arm. Wir können darum zunächst verwundert sein über seine geringen schulischen Leistungen. Als Ursachen finden wir neben körperlichen Gebrechen und der Ungunst häuslicher Verhältnisse als psychischen Defekt mangelnde Konzentrationsfähigkeit, dazu übermäßig rasche Ermüdung bei gedanklicher Beanspruchung. Diese Kinder sind selbstverständlich die dankbarsten Pfleglinge der Schule. Schonende und verstehende Behandlung gleicht mitunter die Störungen völlig aus. — Zwischen beide Gruppen schiebt sich ein wie eine Art von Übergang der imbezille Schwachsinnsgrad. Die Grenzenlinien nach oben wie nach unten sind selbstverständlich unscharfe. Jede allzu starre Klassifizierung bedeutete Härten und Gefahren, während sie in der Hand des Geschulten immer ein geläufiges und wertvolles Verständigungsmittel bleiben kann.

Kann auch die tägliche Praxis diese Rubrizierung nicht entbehren, wir müssen diese Gesichtspunkte aufgeben, soll in der Folge eine ätiologische Beschreibung und Gruppierung des kindlichen Schwachsinns versucht werden. Es zeigt sich eben sehr bald, daß der Grad der vorliegenden Störung nichts aussagt über das Wesen der vorausgegangenen Schädigung.

In dem dieser Arbeit gesteckten Rahmen sei versucht typische Ursachen und Bedingungen aufzusuchen, die der Entwicklung des Kindes die pathologische Verlaufsrichtung hin zu den schließlichen somato-psychischen Defektzuständen geben können.

Wir beobachten zunächst eine größere Gruppe von Kindern, deren Vorgeschichte keinen sicheren Anhaltspunkt bietet für die Annahme bestimmter Schädigungen, die von uns mit der psychischen Störung in Zusammenhang gebracht werden könnten. Wir erfahren meist von einer verlangsamten, zuweilen schon in frühester Jugend atypischen Entwicklung, von Krämpfebereitschaft, nervöser Unruhe und Schreckhaftigkeit. Die ersten Leistungen des Kindes, seine Interessierbarkeit, sein Lallen, sein Aufrichte- und Spieltrieb, die das Erwachen seiner Seele begleiten, kommen verspätet und mangelhaft, der mimische Ausdruck ist undifferenziert und fremdartig verändert. Wir hören eventuell von schlechtem körperlichen Gedeihen. Die Gewöhnung auch an die elementarsten Ordnungen macht größte Mühe. Mit zunehmendem Alter beunruhigt ein krankhaft verändertes, anormales Wesen. Das Kind zeigt sich apathisch, träge oder launisch, ungewöhnlich unruhig, unbeständig, hemmungslos-exaltativ, es spricht nur schwer oder inadäquat an auf die Einflüsse durch seine Umgebung usw.; kurz, wir finden hier eine typische Krankheitsgeschichte, die auf eine ursächliche Schädigung jenseits der Geburt hinweist. Wir sprechen in diesem Fall von angeborenem Schwachsinn, weil die Kinder die Anlage zu der später zutage getretenen körperlich-seelischen Anormalität mit auf die Welt gebracht haben.

Berichtet die Familiengeschichte von psychisch-intellektuellen Störungen bei den Ascendenten, bei den Eltern selbst, bei Geschwistern oder auch näheren Verwandten, so grenzen wir als besondere Gruppe den eigentlichen, konstitutionellen angeborenen Schwachsinn ab gegen eine mannigfaltige Reihe ähnlicher Defektzustände, die sich mehr oder weniger sicher als Erwerbungen während der Fötalzeit nachweisen lassen. — Ohne jeden Anspruch auf erschöpfende Darstellung des angeboren-erworbenen Schwachsinnes seien hervorge-

hoben als geläufige Schädigungsformen: Encephalitiden und Meningitiden, Traumen, schließlich toxische Einflüsse, die das Kind erst sekundär auf dem Weg über die Mutter getroffen haben, hervorgerufen durch Rauschgifte (Alkohol, Nikotin etc.), durch Gewerbeschädlichkeiten (Blei, Phosphor u. ä. mehr), endlich durch schwere Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten der Mutter.

Als eine dritte Gruppe — sie wird ganz besonders den Eugeniker beschäftigen, zumal sie bei zunehmender Selbstkritik des Diagnostikers immer umfangreicher wird — seien erwähnt jene Formen, bei denen wir weder konstitutionell-erbliche noch auch exogen-erworbene Schädigungen nachweisen können, so daß wir hier schwachsinnige Kinder vor uns haben, von denen sich nicht sagen läßt, welcher Ursache derartige traurige Zustände zugerechnet werden sollen.

Mit dem Geburtsakt beginnt eine unendliche Möglichkeit an Insulten der verschiedensten Art, die sich unter anderem in vorübergehenden oder dauernden Schwachsinnszuständen auswirken können. — Nicht unwichtig ist die Tatsache, daß noch zur Zeit der Geburt und weiter bis herein in die ersten Lebensjahre das Zentralnervensystem im Gegensatz zu den meisten anderen Organsystemen ein ziemlich unfertiges Gebilde darstellt, insbesondere hinsichtlich seiner feineren Strukturierung. Es werden ernstere Schädigungen, die das Gehirn in diesen Jahren treffen (Traumen, Entzündungen, trophische Störungen etc.), die noch nicht abgeschlossene Entwicklung hemmen, ja unterbrechen. — Natürlich spielen auch noch späterhin interkurrente Entzündungskrankheiten, Wucherungen etc. etc. im Bereich des Zentralnervensystems eine gewisse Rolle.

Im Anschluß an diese Skizze sollen einige wenige typische Formen kindlichen Schwachsinns kurz abgehandelt werden.

Es läßt sich nicht umgehen — zum Schaden allerdings unseres systematischen Aufbaus — die genuine Form der Idiotie in all den Fällen als Erkrankung sui generis zu behandeln, in denen uns Krankheitsbild und Anamnese keine

befriedigende Klärung der Ätiologie geben können. Diese Gruppe umfaßt nach Haye mehr als 50% aller Idiotieformen zusammen. Was wir an den Kindern beobachten, ist bis in alle Einzelheiten eine allgemeine schwere Beeinträchtigung der körperlichen wie seelischen Leistungsfähigkeit des Individuums. Physiologisch gefaßt müssen wir das Bild beschreiben als eine ziemlich gleichmäßig ausgebildete Unterfunktion fast aller Organgruppen. Die Kinder bleiben hinsichtlich des Wachstums, der Umproportionierung und inneren Umgestaltung in Richtung des erwachsenen Organismus hinter den Altersgenossen zurück. Der Stoffwechsel ist nicht selten in typischer Weise herabgesetzt. Die Verdauung erleidet (endogen bedingte?) Störungen. An den Organen zeigen sich mehr oder weniger regelmäßige Veränderungen, Fehler, Mißbildungen etc. (Herzfehler, Diskorrelation des hormonalen Drüsensystemes, Dystrophie von Haut, Unterhautzellgewebe, Muskulatur etc.). — In der Verschiebung der körperlichen Formen und Maßverhältnisse (Micro- und Macrocephalie, Turmschädelbildung etc, Arachnodaktylie u. ä. mehr), in der Art der Bewegungsabläufe prägt sich zunehmend der Typus des Idioten aus. Fast regelmäßig finden wir eine Häufung der Degenerationsmerkmale. Hand in Hand damit geht eine Minderfunktion der psychisch-nervösen Funktionen. Neben dem gesunden Gleichaltrigen erscheint uns das kranke Kind in seiner stumpfen, indolenten Apathie, in seiner unbewußten agilen Hemmungslosigkeit fast wie ein seelen- und ichloser kleiner Stoffwechselapparat. — Nur in den seltensten Fällen gelingt es unendlicher, jahrelanger Bemühung, einem solchen Wesen den Grad von Lebenstüchtigkeit zu vermitteln, der es einigermaßen von ständiger Hilfe, Pflege und Führung durch die Umgebung unabhängig macht. Eine differentialdiagnostisch-ätiologische Gliederung der „genuinen Idiotie“ ist während des Lebens nur insofern möglich, als wir sie abtrennen können von all jenen Formen, die sich erkennen lassen als Folge bestimmter Schädigungen während des intra- und extrauterinen Lebens.

Die Diagnose „genuine Idiotie“ bleibt auch insofern unbefriedigend, als sich kein prinzipiellerer Unterschied gegen-

über den leichteren Formen, der „genuinen Imbezillität“, und „genuinen Debilität“ finden läßt bezüglich Ursache und Krankheitsprozeß; einzig der der graduell gesteigerten Symptome. Neben tausend individuellen Besonderheiten bleibt als Charakteristikum: Der universell lebensuntüchtige Endzustand einer Wachstums- und Entwicklungsverirrung ab ovo. Das erklärt, daß wir als patholog. anatomische Substrate Veränderungen nicht nur im Zentralnervensystem finden in Form von Mißbildungen, Narben, Neubildungen, Atrophien, Dysplasien etc. Wir beobachten krankhafte Zustände mehr oder weniger regelmäßig an fast allen lebens- und gesundheitswichtigen Organen. Damit findet seine Begründung, was schon an früherer Stelle allgemein betont wurde: die hochgradige Morbidität des Idioten und damit paralellgehend seine enorme Mortalität. Seine Hilflosigkeit, Unachtsamkeit, Indolenz genügt eben nicht als Erklärung dieser Erscheinung. Die Mortalitätsziffern, die an 381 Kranken (Kindern) errechnet wurden (vergl. Monatsschrift für Neurologie und Psychiatrie 20, 1906, Seite 458 u. f.) lauten:

3.—10.	Lebensjahr	bei	Knaben	24,9%,	bei Mädchen	16,8%
11.—20.	„	„	„	50,9%,	„ „	58,0%
21.—30.	„	„	„	16,6%,	„ „	18,4%
31.—40.	„	„	„	3,8%,	„ „	3,7%
41.—x.	„	„	„	3,8%,	„ „	3,3%

Die folgenden Idiotieformen sind wissenschaftlich befriedigender, ihr klinischer Verlauf, die pathol. Struktur sind präziser ausgebildet. Zahlenmäßig spielen sie eine z. T. nur geringe Rolle.

Die sog. amaurotische Idiotie, zuerst von Sachs in den 80er Jahren gesehen und beschrieben, späterhin aber noch verschiedentlich beobachtet und gründlich untersucht. Vergesellschaftet mit einer Reihe bedrohlicher somatischer, besonders neurologischer Symptome (Lähmung, Schmerzen, Erblindung) tritt hier ganz akut schwere Verblödung auf. In schnellem Tempo werden alle psychischen und somatischen Funktionen ergriffen und soweit geschädigt, daß meist in

kürzester Zeit das unaufhaltsame letale Ende erfolgt. Unsere Erfahrung unterscheidet neben einer infantilen Form der ersten Lebensjahre, eine 2. spätere, etwa um die Wende des ersten bis zweiten Dezenniums, einsetzende juvenile. Prognostisch geben sich die beiden nichts nach. Auffällt, daß die Krankheit bis jetzt fast nur bei Angehörigen der semitischen Rasse gesehen wurde. Dafür, daß auch sie endogen-konstitutionell begründet ist, spricht neben diesem das ausgesprochen familiäre Auftreten, die häufige Verquickung mit anderen schweren angeborenen Nervenleiden (z. B. Epilepsie). Nur gelegentliche mehr torpide Verläufe können zuweilen während einer längeren oder kürzeren Remission daran denken lassen solche Kinder der Hilfsschule zuzuführen.

An dritter Stelle sei erwähnt die mongoloide Idiotie. Sie kommt auch bei uns nicht so selten vor, als das gewöhnlich angenommen wird. Nach den Statistiken beansprucht sie in Deutschland immerhin einige Prozente, in Rußland soll sie zirka 10% aller Idiotieformen ausmachen. Die ausgeprägte „m. I.“ ist leicht zu erkennen. Sie fallen uns sofort auf, diese sonderbaren kleinen Kerle, mit dem sorglosen heiterpfiffigen, und doch greisenhaft vertrockneten Gesichtsausdruck, dem clownartigen Gebahren, ihren kleinen äffchenartig-unruhigen, matten Augen, dem ungewöhnlich — bis um ein Fünftel — vergrößerten Pupillenabstand, dem schräg gestellten (an die mongolische Rasse erinnernden) Liderschlitz, dem ausgeprägten Epikanthus. Der breite Nasenrücken endet in der runden, breitaufsitzenden Stumpfnase. Der gerade Schädeldurchmesser ist verkürzt, der Gehirnschädel leicht turmartig überhöht, die Kapazität gegen die Norm regelmäßig verringert. Die Haut ist trocken, fahl, graulich, das Unterhautzellgewebe eigenartig locker (verschiebliche Kopfschwarte), auf den Wangen brennt die scharf umrandete, klecksige Rötung. Die Glieder sind verkürzt, besonders Finger und Zehen auffallend dick und stumpf. Charakteristisch ist die enorme Schlaffheit und Überstreckbarkeit der Gelenke. Die Zunge ist groß und plump, mit dicken hohen Papillen besetzt, tief gefurcht (lingua scrotalis). — Bemerkenswert auch hier die Häufung der „Degenerationszeichen“. Die Ohr-

muschel beispielsweise ist klein und flach, fast durchsichtig dünn und abstehend. Regelmäßig tritt hervor eine übertriebene Asymmetrie der Körperhälften. Immer entdecken wir schwere Mißbildungen der inneren Organe und Körperhöhlen (z. B. angeborene, meist schlecht kompensierte Herzfehler), häufig zeigen die Sexualorgane starke Abweichungen von der Norm. Typisch ist die Neigung zu akuten Krankheiten der Luftwege (tbc.!), der Haut und Schleimhaut. — In der Hilfsschule begegnen wir dem Mongolismus selten. Die Kinder sind fast nie bildungsfähig. Erlernen sie überhaupt ein gewisses Sprechen, so bleibt es doch wohl stets ein agrammatikalisches, undeutliches, verwaschenes Geplapper. Manieren, ausgeprägte Echo-Erscheinungen, absolute Unreinlichkeit zeigen den psychischen Tiefstand. Die triebhafte Unruhe unterhält ein unermüdliches, rhythmisches, äffchenartig possierliches Geschaukel und Gehoppse. — Bei genauer Beobachtung zeigen sich die ersten krankhaften Züge schon im frühen Säuglingsalter. Die Ursachen sind ungeklärt. Auffällt der häufige Befund, daß das mongoloide Kind als das letzte einer größeren, in der Regel ganz gesunden Geschwisterschar geboren wird. Auch diese Idiotieform müssen wir als angeborene, wahrscheinlich vererbte, tief im Organismus verankerte (hormonale?) Störung auffassen.

Wenn der Krankheitsbegriff „Kretinismus“ früher auch wesentlich weiter gefaßt wurde als heute — Kretinismus war so ziemlich gleichbedeutend mit Idiotie — so waren es doch wohl in erster Linie echte Kretins, die seit Paracelsus' Zeiten Ärzte und später Pädagogen interessierten, mit denen sich auch die ersten heilpädagogischen und hilfsschulartigen Versuche beschäftigten. In unseren Hilfsschulen begegnen wir ihnen kaum. Der echte Kretinismus beschränkt sich fast ausnahmslos auf Gegenden mit großen und abgeschlossenen Gebirgstälern (Kr. alpinus). Ungezählte Arbeiten beschreiben das Krankheitsbild: Typische Mißgestaltung, besonders des Kopfes und der langen Extremitätenknochen als Folge schwerer Anomalie der Skelettbildung (schubweises, ungleichmäßiges, bis in die 30er Jahre hinausgedehntes Längenwachstum), eigenartige Unterhautzellgewebsveränderung (Myxödem), atro-

phisch welke, graue, schuppende Haut, schlechter Haarwuchs, dauernd infantiler Geschlechtsapparat, häufige kropfige Entartung der Schilddrüse, regelmäßig zu beobachtende schwere Stoffwechselstörung (verlangsamter Umsatz, Untertemperatur, frühzeitige Sklerosierungsprozesse etc.). — Das psychische Verhalten des Kretins ist das Abbild seiner physischen Struktur. Auch wenn, wiewohl selten, schwerere intellektuelle Defekte nicht nachweisbar sind, so bleibt seinem Wesen immerhin etwas ungemein Mühsames, Schwerfälliges, Unbeholfenes und Träges. Auch charakterliche Mängel sind zu häufig, als daß man sie für Zufallsbefunde halten könnte. — Ätiologisch sind wir nicht viel weiter gekommen als der alte Geologe de Saussure. Unsere Therapie setzt ein mit einer Reihe prophylaktischer Maßnahmen (Versetzung in andere geologische Verhältnisse, besseres Trinkwasser, Vermeidung von Inzucht). Ist die Krankheit erst manifest geworden, so bringt die Behandlung der entarteten Schilddrüse durch langfristige Verabreichung von Thyreoidea-Substanz regelmäßig Besserung. Der Kretin gilt als dankbares Objekt vereinter ärztlicher und pädagogischer Pflege. Die veralteten und zu schweren Fälle ausgenommen versprechen die Statistiken bei einem erfreulich hohen Prozentsatz Besserungsmöglichkeit bis zu völliger sozialer Selbständigkeit des Individuums.

Fast regelmäßig beherbergt eine Hilfsschulklasse einige Epileptiker. In den seltensten Fällen ist es die Anfälligkeit, die die Versetzung nötig machte, meist sind es die epileptische Verblödung, die epileptische Charakterveränderung oder die mitunter ganz besonders unbequemen epileptischen Äquivalente. In der Praxis erweitert sich die Zahl der eigentlichen Epileptiker um die mannigfaltige Formenreihe „epileptoider Demenzen“ nach Encephalitiden oder Meningitiden, nach Schädel-Traumen, als Folge schwerer, oft schon kongenitaler Veränderung der Gehirngefäße (tub. Sclerose) etc. Die ätiologischen Möglichkeiten dieser Krankheitsgruppe auch nur annähernd erschöpfend mitzuteilen paßte nicht in den Rahmen unserer Arbeit. Die Therapie verspricht wenig, wichtig ist die Diagnose zum richtigen Verständnis der mitunter ungeheuer schwer zu behandelnden Kinder. —

Zusammenfassend erwähnen wir nochmals alle jene Schwachsinnsformen und -Grade, die die Folge wurden von schlecht behandelten oder besonders unglücklich verlaufenden akuten und chronischen Infektionskrankheiten (z. B. Scharlach, Typhus, Gelenkrheumatismus, Keuchhusten, Diphtherie, Masern, Grippe, epid. u. tbc. Meningitis und Encephalitis, veralteter Lues usw. usw.) — Erwähnenswert ist, daß — abgesehen von den irreparablen organischen Veränderungen und Defekten (Narben etc.) — allein die schweren Erschöpfungszustände nach verschleppter Rekonvaleszenz die Kinder mitunter jahrelang körperlich und seelisch kümmern lassen können. Wir berühren nochmals die Gruppe der Stoffwechselstörungen (Rachitis, Darminfantilismus z. B.), der (skrophulösen, ekzematösen etc.) Diathesen, die als solche kaum dauernden Schwachsinn hervorzurufen vermögen, die aber doch zu oft derartig die Anamnese beherrschen, daß ihnen — wenigstens im Verein mit unzweckmäßiger Behandlung und einer gewissen konstitutionellen Minderwertigkeit — von vielen Seiten nennenswerte Bedeutung zugeschrieben wird. Aus der Reihe derartiger schwerer „Ernährungsschädigungen" seien der besonderen Darstellung der Rachitis, die sich in ihren bleibenden Veränderungen bei ca. 42 % aller Schwachsinnigen nachweisen läßt, hinsichtlich ihrer Bedeutung für psychische Minderwertigkeiten im Kindesalter einige Zeilen eingeräumt. Die Mineralstoffwechselstörung (P. Ca. u. a.) trifft einen empfindlichen, noch unfertigen kindlichen Organismus. Die floride Erkrankung zeigt durch Monate hindurch das Bild schwerer Unterernährung, die sich bis zu tiefgreifender Dysplasie steigern kann. Mit den trophischen Funktionen sehen wir zunehmend die animalen erlahmen. Die älteren Kinder verlernen sitzen und laufen, werden mißlaunig, still, apathisch. Wir beobachten die charakteristischen Skelettveränderungen an Thorax, Röhrenknochen, am Schädel (caput quadratum, Kiefer- und Zahnverbildungen u. ä., Craniotabes — nach Rittershain in ca. 25 % mit (entz.) Hydrocephalus int. vergesellschaftet —). Der Turgor vitalis, der Muskeltonus erschlafft, das Blutbild spiegelt die Schwere des Krankheitsprozesses. — Im Widerspruch zu unserer obigen Annahme

zeigt die Großzahl rachitischer Kinder keine Verblödung. In der Regel holen sie in der Rekonvaleszenz schnell und gut auf, sodaß wir späterhin ganz im Gegenteil sogar eine gewisse Gewecktheit, Lebhaftigkeit und eine beschleunigte Entwicklung der Intelligenz feststellen. Vereinzelte Fälle jedoch behalten bleibende nervöse und psychische Defekte. Die weinerlich gedrückte, mißmutig-ablehnende Stimmungslage erhält sich. Die Kinder sind durch Jahre hindurch müde, teilnahmslos, verquickt mit nernös-ängstlicher Unruhe, unfähig zu jeder körperlichen und gedanklichen Leistung. Ernstere neurologische Symptome: dauernd gesteigerte Reflexe, erhöhte Krampfbereitschaft mit epileptiformen Attacken, eklamptische Zustände, Laryngospasmus, Tetanie, Nystagmus, kataleptische Zustände u. ä. m. deuten auf den organischen Charakter der psychischen Störung hin. Gewiß wird niemand die seelische Minderwertigkeit dieser 42 von Hundert, insbesondere die schwereren Grade auf die alte Rachitis zurückführen. Immerhin bestätigen uns diese Zahlen eine engere Beziehung. Die Literatur macht die schwere Rachitis ziemlich einheitlich für die eklamptische und die hydrocephale Form der leichten Schwachsinnsgrade verantwortlich. Virchow spricht von der rachitischen Idiotie, Lombroso sogar vom rachitisch bedingten Kretinismus. Die Prozentzahlen des „rachitischen Schwachsinns“ schwanken in den Arbeiten von Looft und Ziehen, in den Statistiken der Berliner und der Idsteiner Anstalten zwischen 4 und 13. —

Als ein häufiges Übel, dem wir in der Hilfsschule begegnen, seien noch kurz besprochen die wichtigsten Sprachstörungen: Stammeln, Lispeln, Stottern, Poltern. In früher Kindheit sind sie weit mehr verbreitet, als man gewöhnlich denkt. Nach Bartsch beobachtet man episodisches Stammeln bei ca. 31 % aller Kinder. Allerdings pflegt es sich noch diesseits des 4.—5. Lebensjahres restlos zu verlieren. Das schwachsinnige Kind lernt spät sprechen. Und man möchte sagen, es verschleppt fast notwendig die Kleinkinderkrankheit des Stammelns bis herein in sein schulpflichtiges Alter. — Wir verstehen unter Stammeln, Stottern, Poltern ein eigenartiges,

funktionell bedingtes Unvermögen einzelne Buchstaben, Buchstabengruppen, ja sogar Wortgruppen (in grammatikalischer Beziehung) auszusprechen.

Der Stammler leidet daran bestimmte Laute (partielles Stammeln) und Lautverbindungen (allgemeines Stammeln) entweder überhaupt nicht oder nur unvollkommen und entstellt bilden zu können. Statt Kaffee spricht er ein gepreßtes „â-ê", „tap-pe", „Ca-e", „Cra-e", statt blau „bau", „rau", „brau" etc. Neben ganz geringfügigen Störungen, die einer schlechten Angewohnheit gleichen, entstellen die schweren Formen das Sprechen bis zur absoluten Unverständlichkeit. — Dem Stammler verwandt ist der Näselnde und der Lispelnde, der den S-Laut verstümmelt (Sigmatismus).

Das Stottern beruht auf einem krampfhaften Zerhacken des gleichmäßigen Redeflusses durch schlecht koordinierte Stimm-, Sprech- und Atemführung. Der Stotterer stockt, er kommt nicht weiter, setzt von neuem an, iteriert . . . ganz im Gegensatz zum Stammler, dessen Sprache durchaus im Fluß bleibt. Oft ist es der ungeschickte Einfluß der Umgebung, der aus einem anfänglichen leichten „Hängenbleiben" unter immer stärkerer Forzierung des „konsonantischen Widerstandes" das ausgeprägte schwere Bild entwickelt.

Der Polterer „verwischt" die Laute bis zur Unkenntlichkeit, „verschluckt" Silben und Worte. Während er jedoch noch bei normal schnellem Sprechen keine einzige Silbe richtig zu bilden vermag, gelingt es ihm bei vorsichtigem, bedachtsam-langsamem Artikulieren — im Gegensatz zum Stotterer und Stammler — die Passagen fehlerfrei zu bewältigen. Es ist für den Polterer charakteristisch, daß er durch kleine Kniffe, durch Selbsttäuschung, durch systematische Selbsterziehung die Störung wenigstens zeitweise überwinden kann. In der Regel jedoch verspricht er sich ständig, vertauscht Konsonanten und Vokale: „Der Mann ißt die Suppe mit dem Suffel" u. ä. mehr. Je nach der Schwere erscheint die Störung nur als Ausdruck eines „zu hastigen und aufgeregten" Sprechens, kann aber beachtenswerter Weise in wirklich schweren Fällen mit hochgradigem Agrammatismus Imbezillität vortäuschen.

Wohl meistens beherbergen die Hilfsschulen kleinerer Städte in Ermangelung besonderer Heime krüppelhafte Kinder, Kinder mit Sinnesdefekten u. ä., die aus diesem Grunde einer individualisierenden Behandlung bedürfen. Wir werden den 2. Teil unserer Arbeit einem Kinde widmen, das wegen schwerer Hör-Sprachstörung seit vielen Jahren die Erlanger Hilfsschule besucht.

Wenn wir im folgenden in aphoristischer Weise einige typische Charakterzüge des Hilfsschulkindes zeigen, so soll damit nicht etwa eine Psychologie des Hilfsschulkindes gegeben sein. Es könnte dies bei der Form dieser Arbeit ohne lästige Wiederholungen gar nicht geschehen. Anderseits scheint es unmöglich, bei der Vielseitigkeit der Formen einen Typ „Hilfsschulkind" ohne Gewaltsamkeit zu konstruieren. Wenn wir trotzdem im folgenden gelegentlich von dem Hilfsschulkind sprechen, so meinen wir damit im wesentlichen das Kind mit angeborenem imbezillen Schwachsinn.

Das Hilfsschulkind ist — trotz der hochgradigen Ablenkbarkeit und Beeinflußbarkeit — im Grunde seines Wesens Autist. Es erlebt sich ohne jede Neigung zur Reflexion, einzig und allein in der momentanen Situation. Für das Wesen Zeit, für das Entwicklungsmäßige an den gegenwärtigen Zuständen hat es keinen Sinn. Obwohl schon älter und hinreichend geschult möchte es nach Möglichkeit sein Zeit-Denken, z. B. sein Zurückdenken in die Vergangenheit, anknüpfen an rhythmisch wiederkehrende Perioden, die irgendwie in die Gegenwart hereinragen. So antwortete beispielsweise der Lehrling auf die Frage, wann er aus der Schule ausgetreten sei: „Ich hab seitdem 6mal Geld (Wochenlohn) bekommen." An einem Gegenwartserlebnis (Auslöhnung) tastet er sich zurück zu einem Vergangenen (Schulaustritt). Vergangenheit und Zukunft als solche kann er nicht vorstellen. — Urteilslos erschöpft sich sein Verhältnis zur Umwelt in einem ständigen Schwanken zwischen Sympathie und Antipathie. Wo beim heranwachsenden Gesunden das gedankliche Element Innen- und Außenwelt, die Welt der Empfindungen und die der

vorgestellten Objekte verbindet, da urteilt beim schwachsinnigen Kind — dem Erwachsenen nur schwer nachfühlbar — das ganz subjektive, unkontrollierte Gefühl. Logik, Konsequenz, Objektivität ist ihm verschlossen. — Wiewohl es in seinem Verkehr fast als einzige Form die „Zweiergruppe“ ausbildet, ist ihm treue Freundschaft etwas ganz fremdes. Es fehlt ihm jedes Verständnis für Gemeinschaft. Noch in der Fortbildungsschule ist sein Verhältnis zur Klasse ein „Untereinandersein“, vielleicht auch ein „Gegeneinandersein“, aber eigentlich nie ein „Miteinandersein“. Interesselos, unbekümmert um Wehe und Wohl der anderen läuft es sorglos in der gewohnten Bahn mit. Die gegenseitigen Gespräche sind meist entsetzlich leer, bestenfalls bedeuten sie ein ganz kritikloses Brüsten. Alles was gemeinsamkeitsbildend wirken könnte, die gemeinsame Arbeit, das gemeinsame Spiel, die gemeinsame Freude etc. ist ihm unzugänglich. — Ein hervorstechender Wesenszug ist — unbeschadet des gelegentlich zu beobachtenden „Sondergedächtnisses“ — sein fast augenblickliches Vergessen. So mühsam sein Wissen errungen wurde, so schnell ist es wieder verloren. Wo in der Normalschule eine wie üblich kurz und knapp zusammenfassende Repetition genügt, den Erwerb einer Monats- oder Vierteljahresarbeit hinreichend zu sichern, da muß die Hilfsschule von neuem beginnen, in eben so mühsamer und geduldiger Arbeit die alte Aufgabe zum zweitenmal zu bewältigen. Oder: dem Freund, den der kleine Imbezille Minuten vorher noch stürmisch umhalste, versetzt er unmittelbar darnach einen derben Schlag ins Gesicht und verklagt ihn heulend beim Lehrer, weil er ihm — offenbar ganz unabsichtlich — auf den Fuß trat. — Ständig wogen die Affekte hin und her. Fast immer herrscht Streit, nie zwar ernstlich, und nie hält die Erbitterung auch nur eine Stunde vor. — Auffällt der unwiderstehliche Trieb zum Necken. — Die bewußten Sinneseindrücke des Imbezillen, seine Vorstellungen und Begriffe sind schattenhaft, matt, undifferenziert, meist völlig einseitig; man könnte fast sagen rein impressionistisch. Dieser Art von Aufnahme (ins Bewußtsein) entspricht die Lückenhaftigkeit, Verworrenheit und das phantastische Verzeichnen des

gedächtnismäßig Reproduzierten. — Die Vorstellungs- und Gedankenwelt haftet an dem einzelnen Objekt seiner Erfahrung. Der verallgemeinernde abstrahierende Gedanke ist ihm wesenlos. Die „Liebe", die „Gerechtigkeit" begreift es nicht. Es sagt: „Ich habe die Mutter lieb" (weil sie ihm soeben den schönen Apfel schenkte), oder: „Der Lehrer ist bös" (weil er es vor kurzem strafte). — Das Kind ist nicht unempfänglich für Lob und Tadel. Im Wettstreit mit dem Nachbarn entwickelt es unter den anspornenden Augen des Lehrers (!) brennenden Ehrgeiz. — Besonderer Berücksichtigung bedarf die auffallend schnelle psychische wie körperliche Ermüdbarkeit. Sie ist es oft allein, die dem Kind das Gepräge des Interesselosen und Arbeitsscheuen gibt. Diese Tatsache verleiht dem — allerdings individualisierenden — Gruppenunterricht den unbedingten Vorzug gegenüber dem viel zu anstrengenden Einzelunterricht. — Der Stundenplan soll den — teils experimentell gewonnenen — Erfahrungen über den ziemlich typischen Ermüdungsablauf Rechnung tragen. Es wird vermieden, den Vormittagsunterricht über 4—5 Halbstunden auszudehnen. Selbst größere Erholungspausen hielten die Erschöpfung mit manchmal recht unangenehmen Folgeerscheinungen (z. B. bei Epileptikern) nicht auf. Das pädagogische Gefühl des Lehrers sorgt für sinngemäße Verteilung der Fächer. Es ist bemerkenswert, daß Turnen und Rechnen die schnellste und größte Ermüdung schafft. —

Das Hilfsschulkind ist im Grunde gutmütig. Mitleidsgefühle sind ihm nicht fremd. Imponierend wirkt die strahlende Vertrauensseligkeit, der — wenn auch primitive — Gerechtigkeitssinn. In seinem Verhalten zur Umwelt ist es offenherzig und unkompliziert. Seine Vergehen geschehen unüberlegt, wie beiläufig, kurzschlüssig, reflexartig. Meist stehen sie in keinem Verhältnis zum äußeren Anstoß. So erklären sich auch die kriminellen Vergehen. Gar nicht so selten sind es an sich lobenswerte Empfindungen, die die blinde Affekthandlung auslösen.

Entstand im vorausgehenden mehr das Bild des erethischen Imbezillen, so kennzeichnet den apathischen die Ver-

armung seiner Gefühlswelt nach Intensität und Reichhaltigkeit, auch hinsichtlich ästhetischer und moralischer Werte. Die „Reizschwelle“ für die rein animalischen Empfindungen (Berührungs-, Schmerz-, Temperatur-Wahrnehmung, Geschmacksunterschiede etc.) liegt hoch, oft nahe der Reizgrenze. Die Reaktion erfolgt verlangsamt, die Wahrnehmung ist wenig differenziert, unbestimmt. — Hinzu kommt nicht selten eine Perversierung der Empfindungen, besonders häufig der Geschmacks- und Geruchsurteile.

Und nun noch zur Geschichte der Erlanger Hilfsschule: Erlangen eröffnete seine Hilfsschule am 1. September 1919 mit 26 Schülern, in einer Klasse vereinigt, geführt von Herrn Lehrer Ramstein. Da die schulischen Ansprüche und Bedürfnisse der Kinder (12-, 13- und 14-jährige aus den letzten Schulklassen, die vorzubereiten waren für den Übertritt in die Fortbildungsschule, mußten zusammensitzen mit 7—8jährigen Analphabeten) von einem Lehrer, im Rahmen einer Klasse nicht befriedigt werden konnten, wurde die Hilfsschule bereits nach einigen Monaten (am 1. 12. 19) mit einer 2. Klasse ausgestattet. Herr Lehrer Ramstein behielt die Unterstufe, Herr Lehrer Groß übernahm die Klasse der Älteren und Fortgeschritteneren, dazu den Fortbildungsunterricht. Aus Mangel an eigenen und entsprechend geeigneten Räumen mußte man sich in der sog. alten Töchterschule (Ecke Friedrichstr.—Fahrstr.) einrichten. — Trotz kleiner Schönheitsfehler, die die allgemeine finanzielle Zwangslage diktierte, gewann die neue Hilfsschule durch eine vertrauenerweckende Praxis bald den ihr angemessenen Platz im Schulleben Erlangens. Dankbar wurde begrüßt das entgegenkommende Anerbieten des Direktors der Psychiatrischen Klinik, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Spechts, die medizinisch-wissenschaftlichen Bedürfnisse der neugegründeten Schule durch die Ärzte seines Institutes befriedigen zu wollen.

Am 8. September 1926 erfüllte sich ihr sehnlichster Wunsch, in ein neues, den Bedürfnissen der Gegenwart angemessenes Haus übersiedeln zu können. — Die Wahl des Bauplatzes kann als geschickt bezeichnet werden. Die Schule steht bei ziemlich zentraler Lage, sodaß sie von den Kindern gleichmäßig gut erreicht werden kann, doch wiederum etwas abseits der gefährlichen Durchgangsstraßen. Das Gebäude liegt — im Schatten einiger alter Akazien — ungestört von

industriellen Betrieben, im Hintergrund eines mäßig großen Spielplatzes. Ein kleiner Ausschnitt davon dient als Schulgarten. Um die Gefahren zu vermeiden, die etwaige Absätze, Treppen etc. für die unbeholfenen und unachtsamen Kinder bedeuteten, sind sämtliche Räume zu ebener Erde untergebracht. Das Haus umfaßt drei schöne helle Schulzimmer zu je 33—37 qm Bodenfläche, eine kleine Werkstatt mit Hobelbänken, Instrumentenschrank etc., hygienisch einwandfreie und praktisch angelegte Brunnen, Aborte und Waschgelegenheiten. Die zentrale Warmwasserheizung schließt Feuer- und Verbrennungsgefahr (die auch bei Dampfheizung mit über 100° C. bestünde) völlig aus. — Die Praxis hat gezeigt, daß die Erlanger Verhältnisse auf besondere Untersuchungsräume, ein eigens ausgestattetes Krankenzimmer und was sonst von den modernsten Instituten in dieser Richtung vorgesehen wird, ohne Schaden verzichten können. Auch die Einrichtung von Tagesräumen, die die Kinder während der Mittagspausen aufnehmen sollen, entspringt ausschließlich dem Bedürfnis der Großstadt mit ihren unüberwindlichen Entfernungen und ihren Verkehrsgefahren. Die relativ geringe Frequenz der Hilfsschule macht es möglich, daß das Haus seinen dritten Raum aushilfsweise einer Förderklasse über; lassen konnte.

Es ist notwendig, an dieser Stelle das Förderklassensystem in seinem Verhältnis zur Hilfsschule kurz zu charakterisieren. Die Ansichten hierüber sind selbst unter den Fachleuten geteilt. Es ist festzustellen, daß gegenwärtig nur in etwa 30 % aller Bezirke (Bezirksverband des Deutschen Hilfsschulen-Verbandes) Förderklassen nach dem Mannheimer System bestehen. In einer Reihe von Städten, bezw. Bezirken: Breslau, Harford, Niederschlesien, Duisburg, Pommern (Ost) wurden sie nach kurzem Bestehen wieder aufgelöst, indem man die Kinder z. T. der Hilfsschule überwies, z. T. der Normalschule zurückgab. — Die Art wie Berlin das Problem behandelt (die B-Klasse, die das Pensum der Normalschule in $1^1/_2$ Jahren bewältigt), Dresden (das dem zurückgebliebenen Kind in der „Nachhilfeschule“ zum Wiederanschluß an die Normalklasse verhelfen will), Hamburg (das den Kindern, „die

aus äußeren Gründen zurückblieben", vorübergehend besonders günstige Bedingungen schaffen will), Düsseldorf (das an Stelle der ehemaligen Förderklassen heute durch „Nachhilfestunden" und „Nachhilfeklassen" die Zurückgebliebenen auf ihren Klassenzustand zu bringen versucht etc.), all diese erwähnten Einrichtungen kennzeichnen die Förderklasse als eine Institution der Normalschule, die vorübergehend Zurückgebliebenen auf den Wissensstand ihrer Klasse zurückzuführen. Demgegenüber ist, wie schon oben erwähnt, die heutige Hilfsschule aufzufassen „als selbständige, öffentliche Schulanstalt zur Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht für schwachbegabte Kinder" (nach Frenzel). Verwaltungstechnisch bekundet die Hilfsschule ihren Charakter einer eigenen Schulanstalt darin, daß der Lehrkörper unmittelbar der Stadtschulbehörde untersteht.

Als in den 90er Jahren Hilfsschulen in rascher Folge (1898 schon in 50 Städten) gegründet wurden, verlangte man, in etwas schematischer Weise, zur Entscheidung der Hilfsschul-Bedürftigkeit eines Kindes „den wiederholten erfolglosen Besuch der ersten Volksschulklasse". Die neueren Veröffentlichungen lehnen diesen Aufnahmemodus ab. Sie betonen mit Recht: „Der für den Schwachsinnigen doppelt bedauerliche Verlust der beiden ersten Schuljahre ließe sich bei einiger Erfahrung des maßgebenden Gutachters unbeschadet der Zuverlässigkeit seines Urteils gut vermeiden. Entwickle sich das Kind in der Folge entgegen der früheren Annahme zu seinen Gunsten, so sei ja bei alsbaldiger Zurückversetzung in die Normalschule nichts verloren". — Abgesehen von vereinzelten Ausnahmen erfolgen in Erlangen die Schulaufnahmen in Übereinstimmung mit der Volksschule am 1. Mai. Der bisherige Lehrer (der Normalschule) beantragt auf Grund seines Urteils, das er sich im Laufe des Jahres von dem unaufhaltsam zurückbleibenden Kind bildete, gegen Ende des Schuljahres bei der Stadtschulbehörde die Versetzung in die Hilfsschule. Nach Prüfung der Sachlage ordnet die Schulleitung eine 4 bis 6 wöchige probeweise Aufnahme an. Hierauf erfolgt die maßgebende Untersuchung durch den

Psychiater, in gegenseitiger Verständigung mit dem Hilfsschullehrer, in Gegenwart von Schulleiter und Eltern. (Noch ist in Bayern die definitive Aufnahme in die Hilfsschule abhängig von der elterlichen Zustimmung. Praktisch macht sich allerdings diese vis vetandi kaum je störend bemerkbar. Preußen hat sie schon 1900 aufgehoben). — Die Stadtschulbehörde erhält das Schlußergebnis in einem gutachtlichen Bericht des Hilfsschullehrers vorgelegt.

Zum Schluß dieses Teiles noch einige Zahlen: Zunächst eine Statistik, die uns von Herrn Hauptlehrer Ramstein in freundlicher Weise zur Verfügung gestellt wurde, die Erlangens Hilfsschulwesen in seinem Verhältnis zu anderen Städten zeigt. An etwas über 100 deutschen Städten mit durchschnittlich etwa 22—23 000 Einwohnern errechnete sich pro Stadt eine laufende Hilfsschülerzahl von etwa 75, die in vier gesonderten Klassen untergebracht waren. Erlangen bleibt mit seinen 30—40 Kindern in zwei Hilfsschulklassen bei fast 30 000 Einwohnern auffallend hinter diesen Zahlen zurück. Die Schule zählte in den 8 Jahren ihres Bestehens nicht ganz 100 Schüler, also jährlich im Durchschnitt etwa 12 Zugänge. Die ärztlichen Aufnahmebefunde weisen prozentual auf recht erheblichen geistigen Tiefstand der Kinder hin.

Zur Kasuistik der Hilfsschule Erlangens folgende kleine Zusammenstellung:

1. kaum bildungsfähige, schwere Idiotien	8 %
agiler Typ	3 %
apath.-torpid. Typ	3 %
mongoloide Idiotie	2 %
2. Imbezillität, z. T. recht tiefstehende	55 %
ereth.-agiler Typ	13 %
apathisch-torp. Typ	4 %
Mischform (m. ereth. u. apath. Zügen)	31 %
infantil. ängstl. stupor. Form	2 %
mit hypomanischem Einschlag	5 %
3. Debilität	24 %
agil.-ereth. Typ	12 %
torp.-apath. Typ	2 %

Mischform (m. ereth. u. apath. Zügen) 6%
mit hypomanischem Einschlag . 4%

4. Gen. Epilepsie (mit Wandertrieb, Absenzen, Anfällen, intellektuell teils debil, teils imbezill) 9%
5. Gehör-Sprachstörungen (intellektuell teils debil, teils imbezill; der Schüler M. R. — später eingehend besprochen — intellektuell normal) 4%

5 Kinder mußten als bildungsunfähig vorzeitig aus der Schule entlassen werden. Regulär entlassen wurden 45, davon 4 nicht erwerbsfähig. An die Förderklasse, bezw. Normalschule abgegeben wurden 15.

II. Teil.

Im 2. Teil unserer Arbeit versuchen wir die wissenschaftlich-medizinische Klärung einer eigenartigen Gehörs-Sprachstörung bei einem $11^1/_2$ jährigen Knaben aus Erlangen.

M. R. wurde am 1. Mai 1924 nach einjährigem erfolglosem Besuch der ersten Volksschulklasse in die Hilfsschule aufgenommen. Im Abgangszeugnis blieben seine Leistungen unbenotet, die kurze Bemerkung lautete: „Kann wegen seines Gebrechens (stumm!) nicht benotet werden." — Im Juni 1924 erfolgte nach Ablauf der 6 wöchigen Probezeit die offizielle psychiatrische Untersuchung. Dem Krankenblatt entnehmen wir:

Ziemlich kleines, zartes, schmächtiges Kind, in schlechtem Ernährungszustand. Herz, Lunge o. B. Macht verschüchterten Eindruck, beginnt sogleich zu weinen. Fragen werden nicht beantwortet, starrt den Arzt hilflos an. Nach längerem Bemühen nennt Michel seinen Namen, allerdings bis zur völligen Unkenntlichkeit entstellt. Die Aussprache klingt fremdartig gepreßt.

Die Mutter erzählt, zu Haus sei M. lebhaft, hurtig, singe und pfeife fast ununterbrochen, lache viel, Musikanten machten ihm großen Spaß, noch tagelang imitiere er den fidelnden Geiger etc. Im Verkehr mit den Angehörigen verlasse er sich fast ganz auf die Zeichensprache. Sie (die Mutter) könne sich gut mit ihm verständigen. — Schon von klein auf sei er ungewöhnlich reinlichkeitsliebend, unappetitliche Dinge, Gerüche etc. verabscheue er tief. Im Essen sei er wählerisch. Obwohl gutmütig und freundlich gerate er zuweilen in heftige jähzornige Erregung, in der er nicht selten tätlich werde; sonst nicht eben schüchtern halte er sich bei den Raufereien der Buben vorsichtig im Hintergrund. Schelte man ihn im geringsten, so laufe er einfach weg.

Der Fortgang der Untersuchung macht höchst wahrscheinlich, daß M. alles hört, jedoch nur sehr schlecht auffaßt. Er neigt dazu, die Frage mechanisch nachzusprechen. „Wo ist der Tisch?“ quittiert er mit „Tisch“. — Einfachen Aufforderungen kommt M. erst dann nach, wenn sie ihm mit Zeichen und Gebärden hinreichend verdeutlicht werden. Den Schlüssel, den Hammer, das Zündholz, die Spieldose etc. weiß er zweckmäßig zu gebrauchen, auch kleine Geldbeträge legt er richtig zusammen (nach Zehnergruppen). —

Als Ergebnis der Intelligenzprüfung nach Binet-Simon ist vermerkt (für 3 jährige Kinder): 1. + ; 2. + ; 3. ? ; 4. + ; 5. + ; (für 4 jährige): 1. — ; 2. — ; 3. — ; 4. — ; 5. — ;

Die Binet-Simon-Bilder sieht sich M. mit Verständnis an. Den Erwachsenen bezeichnet er mit einem verstümmelten „Vater“, den kleinen Buben ebenso „Michel“, wobei er auf sich deutet. Seinen Namen schreibt er zwar etwas unbeholfen, aber sehr sorgsam: Michel Krüppreicht, also ungefähr so, wie er ihn selbst ausspricht. — Affektiv ist M. sehr zugänglich, Lob und Tadel machen großen Eindruck auf ihn, er verrät gutes mechanisches Gedächtnis bei ausgesprochen visueller Begabung.

Urteil: Das Kind wird bei gutem Anschauungsunterricht sicher — wenn auch langsam — vorwärtskommen. Diagn.: akustische Leitstörung (angeb. sens. Aphasie?) ohne wesentlichen Intelligenzdefekt.

Da der Vorschlag, das Kind auswärts in einem Sonderinstitut für Sprach- und Gehörstörungen unterzubringen, von den Eltern abgelehnt wurde, mußte M. notwendig in der Hilfsschule belassen werden.

Dem ersten Jahresbericht (Jan. 1925) von Hrn. Hauptl. R. entnehmen wir: Sprache erheblich gebessert. Das systematische Üben der Laute führte dahin, daß — außer K u. X — die Konsonanten, desgl. sämtliche Vokale beherrscht werden. Schwierigkeiten machen noch Konsonantenhäufungen (sch, gr, pf, u. ä.) Spontansprache nach wie vor so gut wie unverständlich. Statt Brot spricht er — von fürchterlichem Grimassieren begleitet — ein mißtönendes „ô-â-û“. — Auf Fragen:

was ist das? (Brot, Tisch, Stuhl, Nase, Kopf etc.) begleitet vom zeigenden Finger, kommt ein verständnisloses, echolalisches: „ist das . . .“, oder „Wie heißt du?“ noch immer das gepreßte „Krrüpprreicht“.

Schreiben: Das Abschreiben aller großen und kleinen Buchstaben geht flink und gut. Diktat fällt absolut schlecht aus, das Resultat wird durch Ausschließen der Augen (um etwaiges Ablesen vom Munde zu verhindern) nicht beeinflußt. Im Aufsatzschreiben zeigt sich eine erschreckende Wort- und Begriffsarmut. Sein Unvermögen den Lehrer zu verstehen machte es M. unmöglich, am Anschauungsunterricht und Sachunterricht innerlich mit Erfolg teilzunehmen.

Sein Rechnen ist ein absolut willkürliches Umsichwerfen mit Zahlworten: 3 und 4 ist 2 u. ä.

Im Turnen und in allen übrigen Leistungen, die eine gewisse körperliche Geschicklichkeit und Handfertigkeit erfordern, zeigt sich M. gewandt, anstellig, seinen Mitschülern von Anfang an weit überlegen. — Eine Schlußbemerkung lobt seinen großen Fleiß, sein williges und offenes Wesen. Seine jähzornige Reizbarkeit trete nur noch selten hervor. — Körperlich: schmächtig und blaß, Größe 116 cm, Gewicht $19^1/_2$ kg, Schulversäumnisse durch Krankheit u. ä. unbedeutend.

Der folgende Jahresbericht hebt unter anderem hervor: In so ziemlich allen Fächern mußte M. eine fast ganz individuelle Sonderbehandlung gewidmet werden. Trotzdem mangeln ihm nach wie vor die nötigsten Worte und Begriffe, dazu die elementarsten grammatikalischen Kenntnisse. Seine Umgangssprache sowohl wie sein Sprachverständnis hat sich kaum um etwas gebessert. Im Nacherzählen leistet er absolut nichts. — Auf anderer Seite bestehen erfreuliche Fortschritte. Eine Leseprobe ergibt in der Minute 76 gelesene und 58 ungelesene Silben, mit 9, bezw. 7 Fehlern, allerdings ohne jedes Verständnis für den gedanklichen Inhalt des Gelesenen. — Im Rechnen beherrscht er jetzt den Zahlenraum 1—1000 (Subtraktion und Addition), dazu das Einmaleins bis 6. Zum Anschauungsunterricht kann er langsam mit herangezogen werden. Um seinem Gedächtnis Begriffe und Namen einzuverleiben wird großes Gewicht auf Gedächtnisschreiben gelegt. M.'s

Fortschritte sind eigentlich schwer feststellbar, im übrigen kommt es der Schule gerade bei ihm weniger auf äußere Fertigkeiten als vielmehr auf inneres Wachstum an.

Der Jahresbericht 1926/27 fügt hinzu: Gewicht $25^1/_2$ kg, Größe 127,5 cm. Rechtschreiben: aus dem Gedächtnis gut, nach Diktat (vor den Augen des Kindes) befriedigend, hinter seinem Rücken noch völlig unbrauchbar. — Im Singen kein Erfassen der Tonhöhe, rhythmisches Gefühl gut.

Den Erfolg des letzten Jahres (1927/28) charakterisierte Hauptlehrer R. etwa folgendermaßen: Bis jetzt habe es sich darum gehandelt dem Kind eine größere Anzahl von Substantivbegriffen, vor allem Konkreta (Hammer, Tisch, Brot, Messer etc.) zu vermitteln. In der Folge sollte das Hauptaugenmerk — allerdings die weit schwierigere Aufgabe — den Verbalbegriffen gewidmet werden. — Die Fortschritte im Rechnen seien gleichmäßig gut gewesen. M.'s Betragen gebe nicht den geringsten Anlaß zu Klagen. Er sei folgsam, willig, stets heiter und fröhlich. In letzter Zeit rühre sich in dem Buben ein mächtiger Ehrgeiz. Die Mutter erzählte: der Gedanke an Geld und Geldverdienen könne ihn in leidenschaftliche Erregung bringen. Mit verheißungsvollem Lachen und eindringlicher Gebärdensprache deute er auf sich: „auch Geld!" . . . „arbeiten!".

Wenn wir dem $11^1/_2$ jährigen Jungen heute zusehen, wie er auf dem Weg von und zur Schule, mitten unter dem Haufen seiner tollenden und schreienden Freunde, sorglos lachend und neckend voller Interesse für die Begebenheiten der Straße, die Neuigkeiten in Schaufenstern und Anlagen etc. an uns vorüberspringt, wie er voller Eifer und kindlich pfiffiger Gewinnsucht mit den Klaßkameraden spielt, schussert, wettet etc., wenn wir zu anderer Zeit dem ernsten, wachsamforschenden Blick begegnen, der mit ungeteilter Aufmerksamkeit dem Lehrer folgt, oder wenn wir die wie selbstverständliche Zuverlässigkeit und Geschicklichkeit beobachten, mit der er all die kleinen mannigfaltigen Geschäfte und Pflichten, die seinem Alter zukommen, Tag für Tag erfüllt,

ann können wir wohl überzeugt sein von der intellektuellen
ollwertigkeit des kleinen Burschen, die es versteht, die
chwere der Gehör-Sprachstörung im alltäglichen Leben er-
taunlich gut auszugleichen. — Manche Züge sprechen für
ine gewisse Empfindlichkeit des Gefühlslebens. Lob und
adel hinterlassen lang haftenden, starken Eindruck. Ein
trenger Blick, eine drohende Gebärde versetzen ihn in maß-
ose Furcht, er erblaßt und fängt an zu zittern. Eine harm-
ose Verletzung mit dem Messer, das Ritzen an einem Nagel
st ihm entsetzlich. Auf dem Wege zur Ohrenklinik bricht
r in ängstliches Weinen aus. Der leichteste Spott der Freunde
ränkt ihn tief, reizt ihn zu gewalttätigem Jähzorn. Seine Mutter
erichtet von ungemein leisem, oft unruhigem, durch schreck-
afte Träume gestörtem Schlaf.

Zur Ergänzung der Vorgeschichte: M. R. wurde am 9. Juni 1916 geboren. Der Vater stand im Feld. Die Erährungsverhältnisse waren schon seit etwa einem Jahr sehr ngünstige geworden. Die Schwangerschaft verlief normal. Die Geburt erfolgte rechtzeitig und ohne Besonderheiten. Der Neugeborene war ausnehmend klein und schwach, ganz im Gegensatz zu den älteren Geschwistern. An Krankheiten im rsten Lebensjahr sind zu erwähnen Keuchhusten und längere Zeit hindurch ein hartnäckiger pustulöser Ausschlag. — Mit $^1/_2$ Jahren lernte M. das Laufen. Ein Bild aus dieser Zeit eigt ein gut genährtes, freundliches Kind mit normalen Zügen. — Die Mutter erzählt, M. sei frühzeitig stubenrein geworden. Sie schildert ihn, wie er anspruchslos Tag für Tag in seinem Vägelchen saß und stundenlang stillvergnügt, mit sich allein eschäftigt, spielen konnte. Als kleine Besonderheit erzählt ie, wenn sich ihm, dem ungefähr Jährigen, ein fremder Mensch zeigte, dann bedeckte er ängstlich das Gesichtchen nit den Händen, wie um sich zu verstecken, aber ohne dabei ur einen Laut von sich zu geben. — In dieser Zeit ungefähr iel zum erstenmal beunruhigend auf, daß das Kind, abgesehen on einigen lallenden Lauten und einem gelegentlichen Kinder-eschrei, stumm blieb. Und langsam tauchte der Verdacht uf, das Kind leide an einem Sprachfehler. Die nächsten ahre brachten nichts besonderes. Mit 4—5 Jahren stellte

die Mutter den Kleinen in der Ohrenklinik vor. Leider war das Untersuchungsergebnis jetzt nicht mehr aufzufinden. An eine ärztliche Verordnung kann sich die Mutter heute nicht mehr entsinnen. — Erwähnt sei aus der damaligen Zeit ein einmaliger kräftiger Sturz über einige Treppenstufen herab, der aber ohne ersichtliche Folgen blieb. — Die Familienanamnese ergibt nichts. Die Eltern sind freundliche, liebe Menschen, körperlich offenbar ganz gesund. Auch in der näheren und ferneren Verwandtschaft läßt sich kein Anhaltspunkt für eine vererbte Störung finden. Die Geschwister von M. R. (2 ältere Schwestern und ein noch jüngerer Bruder) sind gesund und kräftig. —

Status präs.: Die vorausgehenden Mitteilungen kennzeichneten M. R. hinreichend als intellektuell nicht irgend nennenswert beschränkt, sie schilderten seine Charakterzüge, die gleichfalls den Rahmen des Normalen nicht verlassen. Die — teilweise ergänzten — Auszüge aus den Jahresberichten zeigen einen schweren, offenbar angeborenen Hör-Sprachdefekt. Der Knabe, der die Worte, die an sein Ohr dringen, gut wahrzunehmen scheint (denn sie werden ja mehr oder weniger gut wiederholt), erfaßt in keiner Weise den gedanklichen Inhalt dieser Laute. Man kann den Eindruck bekommen, die Sprache sei in dieser Beziehung für ihn ein wesensfremdes, unzugängliches Element. — Die somatische Untersuchung zeigt ein etwas schmächtiges, gegen die Norm mäßig unterentwickeltes (27 kg, bei 127 cm Körperlänge) Kind. Der ganze Körper ist wohlproportioniert, irgendwelche Mißbildungen an Rumpf oder Extremitäten lassen sich nicht erkennen. Die Muskulatur ist zwar ziemlich dürftig ausgebildet, zeigt aber guten Tonus. Die Bewegungsabläufe geschehen uneingeschränkt und sicher, desgleichen ist die Oberflächensensibilität ohne jeden Befund. Haut und Unterhautgewebe sind straff und elastisch, sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Die Kopfform zeigt einen auffallend verkürzten Querdurchmesser, während Stirn und Hinterkopf schön entwickelt sind. Die Prüfung der Nähte, des Klopfschalls, der Klopfempfindlichkeit etc. ergibt keinen

krankhaften Befund. Der Gesichtsschädel ist schmal und länglich geformt, die Gesichtszüge sind zart und nicht unedel. Auffällt die seelische Betontheit der Augenpartie. Abgesehen vom Gehörorgan, dessen Zustand später genauestens mitgeteilt wird, lassen sich irgend schwerere neurologische Störungen (ausgenommen Nerv. akustic.) nicht finden. Die Prüfung des Gesichts-, Geruchs- und Geschmackssinnes ergibt, soweit kontrollierbar, normalen Befund. Augen: Visus l. = r. $^5/_5$, Bulbusbewegung frei, kein Nystagmus (bei Seitwärtssehen), kein Lidflattern; Pupillen (Licht- und Konvergenzreaktion) i. O., Mund-Rachenhöhle o. B., Gaumen- und Rachenmandel in Größe und Aussehen normal. — Gesichts-Muskulatur, Muskulatur der Zunge und des Rachens zeigt absolut normale Funktion. Pfeifen, Backenaufblasen, mimische Ausdrucksbewegungen, willkürliche Bewegung der Zunge, des Rachensegels etc. ohne jede Störung. Fac. Phän. neg. Die beiden Schleimhautrefl. (Lid- und Würgrefl.) +, Sensibilität völlig intakt. Thorax: schön geformt, Herz und Lunge o. B. Abdomen: Papation o. B., Deckenrefl. l. = r., +. Sexualorgane normal gebildet. Extremitäten: schlank, Gelenke zart, ohne Auftreibungen und Verbiegungen. Sehnen- und Knochenhautrefl. +, l. = r. Kein Babinski, Oppenheim, Rosolimo, Mendel-Bechterew. Statik und Motorik frei von Störungen.

Auf die Frage nach der Ätiologie des Leidens verweist uns Krankheitsbild und Anamnese auf eine anatomisch und funktionell ziemlich eng umgrenzte Schädigung im Bereich des Gehör-Sprachsystems, die, vermutlich schon vor der Geburt gesetzt, bleibende organische Defekte hervorgerufen hat. Jedoch werden wir hinsichtlich der engeren Lokalisation und der damit gegebenen funktionellen Ausfälle hier nicht weiter kommen ohne den vorherigen gründlichen Versuch einer differenzialdiagnostischen Klärung der Krankheit selbst.

Die erste gründliche psychiatrisch-neurologische Beurteilung vor zirka 4 Jahren hatte eine zentrale Leitungsstörung angenommen. Und wir werden auch neben „hochgradiger Schwerhörigkeit verbunden mit sec. Stummheit“ und neben

event. rein „psychisch begründeter Hör-Sprachstörung“ die Möglichkeit einer „angeb. sens. Aphasie“ zu erörtern haben. Zu diesem Zweck beginnen wir mit dem Versuch, in nuce die moderne Lehre von der sens. Aphasie zu entwickeln.

Zur Einleitung sei wiederum ein kurzer geschichtlicher Rückblick gegeben. Die ersten erfolgreichen Versuche, Störungen vom Charakter der sensorischen Aphasie — vorerst natürlich noch schlecht unterschieden von anderen, verwandten Gehörs- und Sprachanomalien — aufzuzeichnen fallen im wesentlichen in die erste Hälfte und in die Mitte des vorigen Jahrhunderts. Hervorgehoben sollen werden Hartley's Arbeiten über „Sprachstörungen“ aus der Mitte des 18. Jahrhunderts und die Beschreibung eines Kranken durch Brodie aus dem Jahre 1854, dessen Klagen unter anderem darin bestanden, daß ihm die Sprache seiner Umgebung unverständlich wurde und fremdartig, daß sie „gibberish“ geklungen habe.

In den Veröffentlichungen von Luciani und Seppeli: „Die Funktionslokalisation“ 1886 finden wir Angaben, die unseren Vorstellungen schon recht nahe kommen. Es heißt dort: „Der Kranke empfängt zwar die Gehörsempfindung des Gesprochenen, das rohe Klangbild, aber er hat die Fähigkeit verloren, es psychisch zu verarbeiten, d. h. eine sinngemäße Vorstellung damit verbinden zu können. Dadurch befindet er sich in der Lage eines Kindes, welches hört, aber die Bedeutung des gehörten Wortes nicht versteht oder in der eines Menschen, der eine ihm fremde, ihm unbekannte Sprache sprechen hört.“

In dem eigens hervorgehobenen Bestreben, die ganze Gruppe der Sprachstörungen, die wir heute — in Abgrenzung gegen die durch Ohrdefekte hervorgerufenen — als zentrale, zerebral bedingte Hörstörungen, als akustische Leitungsstörungen bezeichnen würden, zu gliedern, brachte Arnaud in einer Veröffentlichung: „Constitution a l'étude clinique“ (1887) folgendes komplizierte System heraus:

1. Surdité verbale brute: der Kranke hört nur ein verworrenes Germurmel.
2. Surdité verbale centrale: Unmöglichkeit das Gehörte zu erfassen und zu wiederholen (der Kranke weiß jedoch, daß es sich um Sprachlaute handelt).
3. Surdité verbale centrale: Unvermögen einer deutlichen Erfassung der Sprache, Fehlen des Wortbegriffes.
4. Surdité verbale mentale: Fehlen des Sprachverständnisses, Echolalie ohne Verständnis.
5. Surdité verbale mentale avec intelligence du mot consecutiv à leur articulation: fehlendes Wortverständnis des Gehörten mit Echolalie.
6. Surdité verbale représentative: fehlendes Verständnis der wie in einer fremden Sprache klingenden Worte bei erhaltenem Vorstellen und Sprechen derselben.

Der Fall ist lehrreich, weil wir heute, wie Prof. Pick sagt, mit Sicherheit aus allem, was Arnaud zur Illustration seines theoretischen Schemas an klinischen Beobachtungen mitteilt, auf ganz gewöhnliche Gehörsstörungen, also Defekte des mittleren und inneren Ohres schließen können.

Zeitlich an Arnaud unmittelbar anschließend erscheinen die Mitteilungen Pick's (1887), Jahrbuch f. Psychiatr. VII, 1—2 und XII, S. 771. Ihr besonderer Wert beruht darauf, daß in ihnen der Versuch einer Gliederung angebahnt wird, das psychiatrisch-neurologische Bild zu verstehen, zu bewerten und zu kontrollieren am zugehörigen pathol.-anatomischen Befund. — Pick's System zentraler Gehör-Sprachstörungen unterscheidet:

1. Vollständiges Fehlen des Verständnisses, Worte werden gehört als verworrenes Geräusch.
2. Perception der als „Worte" verstandenen Wortlaute, mit Echolalie „auf Anhieb" (wie Wernicke sagte).
3. Fehlen des Verständnisses bei richtiger Perzeption und bei erhaltenem willkürlichen Sprachgebrauch.
4. Sprachverständnis und Sprachvermögen intakt.

Schon Arnaud beschrieb eine bis dahin nicht gekannte Form von Sprach-Gehörstörung: Der Kranke hörte, was zu ihm gesprochen wurde, er vermochte die einzelnen Laute zu erkennen und auch nachzusprechen. Allein der Sinn blieb

ihm verschlossen, „als redete man zu ihm in einer fremden Sprache“. Pick war nach ihm zum 2. Mal dieser Störung begegnet, die man bis dahin auf Grund hirnphysiologischer Vorstellungen wohl als theoretische Möglichkeit angenommen, nie aber gesehen hatte. — Neuerliche Beobachtungen durch Pick, durch Bleuler (Arch. für Psychiatrie 25, S. 57 und neurolog. Zentralblatt 1892, S. 562 u. f.) bestätigen das Krankheitsbild und konnten hiezu als physiolog.-pathol. Unterlage entsprechende anatomische Veränderungen nachweisen.

Die Fragen nach dem Wesen einer Gehirnstörung, die bei vorhandenem Wortlautverständnis das Wortsinn- und das Satzsinnverstehen aufhebt, wurden nur noch aktueller durch die stark abweichende Auffassung Stricker's (Studien über Sprachvorstellungen 1880), die die damals schon präzisierten Unterscheidungen zwischen sprachsens. und sprachmotorischer Funktion, geknüpft an ein sprachsensorisches und ein, davon typographisch getrennt, sprachmotorisches Zentrum, ablehnte mit der Behauptung, die motorische Funktion schließe notwendig in sich ein die sensorische, es gebe also keine motorische Aphasie bei erhaltenem Sprachverständnis und umgekehrt; . . . und anderseits die Erörterungen Flechsig's, der von den in „Gehirn und Seele“ aufgestellten Möglichkeiten des Nichtverstehens, bezw. Nichtsprechenkönnens, die erste, bedingt in einer Störung des Wahrnehmungsvorganges, also des Hörens als Folge einer Läsion des Gehörorganes und der akustischen Bahnen als die einzig und allein in der Wirklichkeit vorkommende gegenüberstellte den beiden anderen: Vergessen und darum nicht wiedererkennen der Wortklänge (Ausfall der primären Identifikation Wernickes) und Verlieren der den Begriff konstituierenden Erinnerungsbilder, die alle beide überhaupt nicht existierten. Die „sens. A.“ (S. 46 ebenda) bezeichnet er als einfache Wahrnehmungsstörung. Das Wiedererkennen eines Eindruckes ohne das Erfassen seiner (gedanklichen) Bedeutung (Pick Nr. 3 und Wernickes „primäre Identifikation“) lehnt er als bloße Fiktion ab.

Großen Anteil an der Präzisierung des Krankheitsbegriffes „Sens. Aphasie“ tragen die Untersuchungen von Bezold. Die Arbeiten, die unter der Ägide Picks eine Reihe patho-

genetisch wichtiger Beobachtungen über die zentrale Sprach-Hörstörung gebracht hatte, vermochten einen größeren Prozentsatz von — rein klinisch gesehen — äußerst ähnlichen Krankheitsbildern nicht so recht befriedigend zu erfassen, d. h. der klinischen Diagnose einer zentralen Aphasie widersprach der absolut normale Sektionsbefund der erfahrungsgemäß einschlägigen Gehirnpartien (Broca'sches Feld, Insel und oberer Temporallappen, resp. die zugehörigen Kommisurenbahnen). Es hatte den Anschein, als versagten die rein klinischen Untersuchungsmöglichkeiten gegenüber den offenbar zu feinen Unterschieden zweier an sich wesensfremder, aber funktionell ähnlicher Defekte. Denn der Befund einer mäßigen Schwerhörigkeit, die — bei wesentlich mehr als $^1/_{10}$ der normalen Hördauer — noch als durchaus ausreichend zum Hören resp. Erlernen der Konversationssprache gelten konnte, kam bei sorgsamer Untersuchung in der Regel auch der „echten", anatomisch bestätigten zentralen Hörstörung zu.

Nach der von Bezold ausgebildeten Untersuchungsmethode (1893 veröffentlicht) erwiesen sich eine ganze Zahl dieser schwer zu fassenden Formen eben doch als ausgesprochene Störungen des Gehörorganes, als Gehörsaphasien, d. h. um partielle, auf den Sprachbereich beschränkte, Labyrinthtaubheit, resp. hochgradige Schwerhörigkeit, die natürlich dem Wesen nach mit sens. Aphasie nicht das geringste gemein haben. Das „nicht sprechen können" war demzufolge aufzufassen als sec. Stummheit. B. zeigte, daß für das Verstehen (= akustisch Wahrnehmen) der Sprache neben einer genügend langen Hördauer (direkt proportional der Tonstärke = Weite der Amplitude einer schwingenden Stimmgabel) maßgebend ist die Perceptionsfähigkeit des Ohres für eine ziemlich engumgrenzte Tonhöhe (= Schwingungszahl der Stimmgabel pro Minute) u. z. für die Strecke von b'—g", der sog. Bezoldschen Sexte. B. konnte die einschneidende Bedeutung dieser auf induktivem Weg gefundenen „Sprachsexte" dadurch verständlich machen, daß er die normale Höhenlage der meisten Sprachlaute (vor allem der Vokale) zwischen b' und c" nachweisen konnte. Ein relativ ganz kleiner Ausfall in der Tonskala (3 Halb- und 3 Ganztöne gegenüber einem normalen

Gehörumfang von nahezu 12 Oktaven!) vernichtet, wenn er diese 6 Töne trifft, das Hörvermögen für Gesprochenes bis zu einem Grad, der gleichbedeutend ist mit ganz erheblicher Schwerhörigkeit. Vor Bezold aber konnte den Untersucher täuschen ein relativ gutes Hörvermögen für all die übrigen Laute, Geräusche etc., die in ihrer Tonhöhe wenigstens z. T. ober- oder unterhalb der Bezoldschen Sexte liegen.

Wörtlich sagt B. in seiner maßgebenden Veröffentlichung: „Wo das Gehör für das hier umgrenzte Stück der Tonskala (b'—g'') doppelseitig (!) verloren gegangen ist, da findet sich durchgängig auch das Gehör für die Sprache verloren, mögen die übrigen Teile der Tonskala gehört werden oder ebenfalls ausgefallen sein" . . . „Wenn bei einem Taubstummen der unterhalb des Hauptgebietes für die Sprache (b'—g'') gelegene Teil der Tonskala ausfällt oder nur eine minimale Hördauer aufweist, so wird die Perception für die Konsonanten: m, n, l, wenn dagegen der oberhalb derselben (der Bezoldschen Sexte) liegende Teil gar nicht oder nur kurz gehört wird, wo werden s und sch, wahrscheinlich auch k und f ausfallen" . . . „sehr häufig ist eben der Sprachdefekt ein Hördefekt (Labyrintherkrankung etc.). Reine Taubheit ist daher in den Taubstummenanstalten ein ebenso seltenes Vorkommnis wie im Beobachtungsfeld des Psychiaters".

Jetzt war der Zeitpunkt gekommen, die großen Aphasieformen, klinisch und anatomisch gut gesichert, aufzubauen. Und so wie wir sie heute noch kennen, die (corticale und subcorticale) sensorische und motorische Aphasie, die transcorticale Aphasie, sind sie im wesentlichen das Werk Lichtheims, Wernickes, Picks, Bezolds aus den Jahren um die letzte Jahrhundertwende. Durch Liepmann bekam das ganze Gebiet seine einheitliche Darstellung.

Demzufolge verstehen wir heute unter Aphasie mnestisch-assoziative Störungen des Sprachapparates, d. h. Hör-Sprachstörungen, die zusammenhängen mit Defekten (organisch oder rein funktionell bedingt) bestimmter Leitungsbahnen und Zentren im Großhirn. — Psychologisch bedeutet Aphasie ein

Versagen der inneren Sprache, u. z. in ihren beiden Funktionen, dem „inneren“ Hören und dem „inneren“ Sprechen, d. h. der Gestalt und Verlaufsweise, in der uns unser Denken zu Bewußtsein kommt. — Dem Aphasischen ist ein Gedächtnisschatz verloren gegangen u. z. sein Vermögen, Wortklang und Sprechbewegung zu erinnern. Der Verlust der inneren Sprache aber zieht den der äußeren nach sich (bei der erst später während des Lebens erworbenen Aphasie), bezw. macht das Erlernen der Sprache von vorneherein unmöglich (bei der angeborenen Aphasie).

Damit haben wir die zentrale Aphasie abgegrenzt 1. gegen Dysarthrie und Anarthrie als die motorische, 2. gegen Taubheit und Schwerhörigkeit als sensorische „neuro-musculäre Schädigung der subcortico-bulbären Faserzüge, der Hirnnervenkerne und -Bahnen (Nerv. quintus, facialis, acusticus, glossopharyngeus, vagus und hypoglossus). Der Bulbärparalytiker, der Ohrverletzte etc., auch sie sind stumm, taub. Allein der Ablauf ihres Denkens, ihres „inneren Sprechens“, ihres „inneren Hörens“ sind ungeschädigt geblieben; auch das Schreiben und Lesen, das innere musikalische Gehör (Partiturenlesen) läßt der unklomplizierte Prozeß völlig intakt. — Hinwiederum vermissen wir bei der reinen, ungetrübten Form der zentralen Aphasie jeden (peripheren) neurologischen Befund, wobei allerdings beachtet werden muß, daß sich der zentral lokalisierte Defekt z. B. einer sens. Aphasie klinisch von einer doppelseitigen Akustikusschädigung meist nicht gerade leicht unterscheiden lassen wird.

Holen wir noch etwas weiter aus: Die psychologische Analyse der Sprache zeigt uns drei wichtige, voneinander unterscheidbare Elemente: Als erstes den Wortklang, wie er in dem Bewußtsein des Hörers als Klanghaftes erlebt, vom Kinde unzählige Male gehört, erlernt und als Klangerinnerung aufbewahrt wird („a“). — Die Klinik lehrt uns als einen 2. psychischen Akt, von diesem ersten völlig abtrennbar, das Vermögen, mit dieser bestimmten, vorerst noch inhaltlosen, innerlich (= erinnerungsmäßig) und äußerlich (= durch das Ohr) empfangenen Wortklangwahrnehmung begriffliche Inhalte zu verbinden („B“). — Das Kind, dem der Lehrer vorspricht:

„Aprikose“, empfängt einen zunächst begrifflich leeren Wortklang. Sein Wortklanggedächtnis kann ihn sich bewahren. Hört es das Wort später wieder, so vermag in seiner Erinnerung das alte Klangbild erneut aufzutauchen und es ist in der Lage dasselbe innerlich (und wohl auch äußerlich) nachzusprechen: „Aprikose“. — Der Lehrer zeigt dem Kind die Frucht, erklärt sie ihm, läßt sie kosten etc. Das Kind empfängt zum rein akustischen Besitz („a“) hinzu den mehr oder weniger gesättigten Begriff der Aprikose („B“). Der Vorgang des Verbindens von „a“ (= perzipieren des Wortklanges) mit „B“ (= den Begriff haben und denken) zu dem schließlichen „a—B“ (= das begrifflich gesättigte Wort innerlich sprechen) wird schnell ein bewegliches, geläufiges Ganzes.

Endlich aber spricht das Kind „Aprikose“ laut nach. Am unendlichen Üben hat es neben der sens.-akustischen die sprach-motorische Klangdifferenzierung gelernt. Sein erstes Sprechen ist ein unbewußtes, ungewolltes „Echo“. Mit der ungeheuren Schmiegsamkeit seines Organismus paßt sich sein neuro-muskulärer Sprechapparat den von außen her durchs Ohr empfangenen, innerlich nachgesprochenen Klängen an. Es erwirbt jetzt noch den sprach-kinästhetischen Erinnerungsschatz („m“), der es ihm als letztes ermöglicht von sich aus Laute und Lautgruppen, in bestimmter Weise verbunden, auszusprechen („B“ → „a“ → „m“ → Mund), um sie sofort wieder an seinen inneren Klangmustern („a“) zu prüfen und zu korrigieren (Ohr → „a—B“). — Aus diesem letzteren Geschehen schafft die stündliche Übung die enge Verknüpfung „a—m“, die für unsere sprachpsychologische Vorstellung die funktionelle Grundlage der „inneren Sprache im engeren Sinn“ schafft. Die Regelmäßigkeit ganz bestimmter Gruppierungen und zeitlicher Abläufe der innervatorischen Vorgänge ermöglicht in jahrelanger Übung eine automatenhafte Verselbständigung des sprachmotorischen Zentrums („M“). Der (erwachsene!) Kranke, der Kontrolle durch das äußere oder auch innere Ohr beraubt, spricht weiterhin, eventuell nach einer gewissen Übergangszeit mit Paraphasien, grammatikalisch und lautlich richtig. Seinem gedanklichen Ausdrucksbedürfnis stehen die alten Sprachformen („m“) noch zur Verfügung („B“ → „m“ → „Mund“).

Etwa bis zu diesem Punkte sprachpsychologischer Differenzierung geben die anatomisch-physiologischen Forschungsergebnisse der zentralen Hör-Sprachorganisation somatische (topographisch-physiologisch faßbare) Unterlagen.

In der zahlenmäßig weit überwiegenden Menge — im wesentlichen bei allen Rechtshändern — kokalisieren sich die beiden wichtigsten Sprach-Hörfelder, das sprachsens. und -motorische Zentrum auf die linke Gehirnhemisphäre, vergesellschaftet mit verwandten, topographisch-funktionell isolierbaren Punkten (Schreib- und Lesezentrum). In solchen Fällen kann die vollständige Entfernung des rechten Schläfelappens (erwähnt von Edinger) ohne Ausfallssymptome bleiben. Weiterhin sehen wir, daß unter den Verhältnissen, die beim gesunden Rechtshänder bestehen, die Funktionstüchtigkeit der linken Hemisphäre Voraussetzung für den normalen peripheren Bewegungsablauf ist, u. z. sowohl der linken wie der rechten Körperhälfte, daß sie maßgebend ist für die uneingeschränkte Apperzeption der Sinneseindrücke durch die beiden Augen, die beiden Ohren, die gesamte linke und rechte Körperoberfläche etc. Hinsichtlich des Form- und Farbengedächtnisses kommt der linken Großhirnhälfte der Vorrang zu, durch die Schädigung jeweiliger Partien der linken Hemisphäre werden Funktionen des linken Extremitätenpaares dauernd beeinträchtigt, bestimmte linksseitige Defekte verhindern u. a. dauernd die Möglichkeit spontaner Erinnerung, beeinträchtigen mehr oder weniger jede höhere bewußte Tätigkeit. Gewiß können in vielen Fällen topographisch analoge Bezirke der rechten Hirnseite vikariierend für die untüchtige linke eintreten. Aber die alleinige Intaktheit der rechten Hemisphäre schützt nicht vor erheblichen funktionellen Ausfällen u. z. gerade im Sprachgebiet. — Eine Menge zerebraler Ausfalls- und Reizerscheinungen muß in erster Linie auf die linke Großhirnhälfte bezogen werden, z. B. Tonusveränderungen, Reflexsteigerung, Tremor, tonisch-clonische Zuckungen, choreatisch-athetotische Bewegungsstörungen, Mitbewegungen, Störungen der Tiefensensibilität, Sensibilitätsstörungen nach Art der Anästhesia dolorosa, organische Halluzinationen, zerebrale Ataxien (u. z. subcorticale bei Zerstörung der linken sens.

Projektionsbahn, corticale bei Verletzung der hinteren Zentralwindung), die im Gegensatz zur zerebellaren das feine Muskelzusammenspiel beeinträchtigt, sodaß beispielsweise die Schrift unsicher, zittrig und kritzelig wird, die Linie verläßt usw. — Dies als kurze Charakterisierung der generellen Überlegenheit der „dominierenden" Hemisphäre. —

Das Studium der motorischen Aphasie war es, das erstmals Broca (1861 veröffentlicht) zur Entdeckung lokalisatorischer Differenziertheit der Hirnoberfläche führte. Er beobachtete das regelmäßige Zusammentreffen jener eigentümlichen Sprachstörung und einer engumschriebenen Läsion im Bereich der linken unteren Stirnwindung. — Die späteren Arbeiten von Fritsch und Hitzig leiteten die Forschungsart ein, auf die die meisten unserer heutigen Kenntnisse zurückgehen.

Im Rahmen dieser Arbeit interessiert: 1. das sprachmotorische Zentrum, lokalisiert auf das eben genannte Broca'sche Feld im hinteren Drittel der linken unteren Frontalwindung (pars triangularis und opercularis), das untere Drittel der vorderen Zentralwindung und die vordere Inselpartie;

2. das akustisch-sens. Sprachzentrum, welches das mittlere und hintere Drittel der linken oberen Schläfewindung, die Schläfenquerwindung und Teile des gyrus supramarginalis umfaßt.

Viel Mühe und Scharfsinn wurde im Lauf der Jahre darauf verwendet 3. telencephale Regionen zu finden, deren funktioneller Ausfall das Bild einer transcorticalen Aphasie hervorrufen sollte. — Verstehen wir unter sens. Aphasie eine (später näher zu definierende) Störung des Lautverständnisses („a") bei erhaltenem willkürlichen Sprechvermögen, unter motorischer Aphasie die Unterbindung der lautlichen Ausdrucksfähigkeit („m") bei erhaltenem Sprachverständnis, so bezeichnet „transcorticale Aphasie" eine Form von Taub-Stummheit, die bei erhaltenem „a" und „m" (was sich darin kundgibt, daß der Kranke rein echomäßig nachzusprechen vermag, der „Weg" Ohr „a" – „m"— Mund ist funktionstüchtig geblieben) dennoch unmöglich macht, irgendwelche begriffliche Bewußtseinsinhalte mit Sprachvorgängen (also dem, was sein Ohr — unverstanden! — hört und dem, was sein Mund — unbegriffen! — spricht)

zu verbinden. Das „Ich“ des Kranken, sein bewußtes Selbst „B“ kann dann die Klangbilder („a“) und die motorischen Sprechformen-Abläufe („m“) insbesonderes für abstrakte Inhalte nicht mehr erreichen. Verlegt ist der Zugang vom intakt perzipierenden Ohr inklusive sens. Sprachzentrum zu den Stätten bewußter begrifflicher Verarbeitung des Gehörseindruckes, abgesperrt ist das vorstellende „Selbst“ von seiner eigenen Sprache. Der Patient hört sich bei seinem Namen rufen und spricht ihn nach, ohne den Laut zu begreifen, nicht imstande auch nur mit einer Silbe seinen Willen kundzugeben. — Es fällt schwer das, was sich in dieser Weise als eine generelle Störung der Bewußtseinsabläufe bei dem an einer „transc. Aphasie“ Erkrankten beschreiben läßt, etwa in Analogie zu den anderen Aphasieformen in einen topographisch lokalisierbaren physiologischen, bezw. pathophysiologischen Prozeß umzudenken. Schon rein sprachpsychologisch gesehen stellt sich die transc. A. nicht dar als Ausfall einer selbständigen und streng isolierbaren Funktion. Jede sens. und motor. Aphasie, jede Alexie, Agraphie, Agnosie etc. schließt in sich ein als Teilkomponente transcortical-aphasische Symptome. — Einer anderen Annahme, es handle sich um den Ausfall zahlreicher Kommissurenbahnen, widerspricht die anderweitig noch hochdifferenzierte Leistung. Bonvicini erwähnte in einem Fall „transc. A,“ als anatomischen Befund doppelseitige Schläfelappenatrophie.

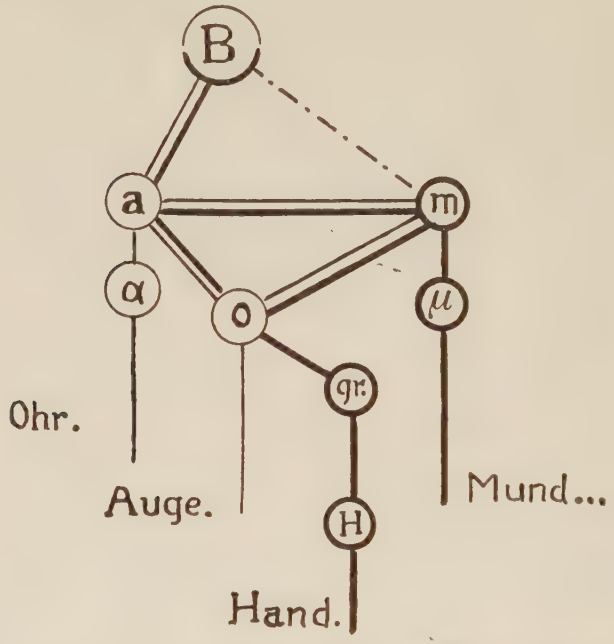
Prof. Liepmann brachte in seinen Veröffentlichungen unter anderem ungefähr folgendes (auf S. 62 abgebildetes) Schema zwecks übersichtlicher Darstellung der Verknüpfung psycho-physiologischer Funktionen und topographisch faßbarer Hirnzentren:

Wir sehen „B“*) (die somatische Grundlage der begrifflichen Bewußtseinsinhalte des Individuums) in doppelter Richtung mit „a“ (sens. Sprachzentrum im gyrus temp. sup. etc.) verbunden. Die Richtung a→B stellt sich dar als Fortsetzung des zentripetalen Weges vom Gehörsorgan über: Ggl. spirale Corti (z. B. sin.) — nucl. ventr. et dors. (s.) — corpus trap. (s.) — 1. via: striae akusticae (sin.) — lat. Schleife**)

*) Vergl. Schema auf S. 62.

**) Hier zweigen Com.-Bahnen ab zu den Kernen der lat. Schleife (oliva sup. sin. et dextr.) usw.

— hintere Vierhügel (s. et d.) (Commissurenbahnen) und gangl. gen. med. (d. et s.) zu den (linkss. und rechtss.) Projektionsfeldern im linken und rechten Schläfelappen, gyri transv. und Heschel'schen Windungen.



2. via: ungekreuzt zu den hintren Vierhügeln etc. — Es ist also zu beachten, daß jedes Ohr mit beiden gyri temp. verbunden ist. Wir verstehen den klinischen Befund, daß Ausschaltung eines Schläfelappens eine quantitative Herabsetzung des Gehörs auf beiden Ohren erzeugt. Nur doppelseitige und dazu ausgedehnte Rindenläsion (entgegen der cytoarchitektonischen Annahme Flechsig's) bedingen totale Taubheit; meist erzeugen sie nur mehr oder minder große Schwerhörigkeit (!) auf beiden Ohren, ohne Lücken in der Tonreihe, im Widerspruch zu der hypothetischen Annahme eines „bestimmten Faserbündels und Projektionszentrums für die Leitung der Bezold'schen Sprachsexte".

Diese Richtung: Ohr—„a"—„B" ist Ausdruck für den Ablauf der akustischen Apperzeption.

Die andere Bahn „B“—„a“ etc. z. B. „m“—„u“ („u“ = corticale Projektionsfelder der sprachmotorischen Hirnnerven 7, 9, 10, 12) etc. — Zunge, Kehlkopf usw. als Symbol für den nervösen Ablauf beim „Spontansprechen“ berücksichtigt die Tatsache, daß mit dem Verlust des akustisch-sens. Sprachzentrums („a“) die Spontansprache zunächst verloren geht, daß also offenbar der normale Ablauf sowohl beim „inneren“ wie beim „äußeren“ Sprechen das Klangerinnerungszentrum berührt. — Die Beobachtung, daß der sens. Aphasische, der des Weges von „a“ nach „B“ beraubt ist, wieder sprechen lernt, zwingt zur Annahme der vikariierend eintretenden Bahn „B“ — „m“ — „u“ — etc. (die vielleicht noch für eine kleine Zahl „motorischer Typs“ normalerweise besteht und funktioniert).

Lesen stellt sich dar: Auge — „o“ — $\begin{matrix}\text{„a“}\\|\\\text{„m“}\end{matrix}$ — „B“ (= Verstehen des Gelesenen) — „a“ — „m“ — „u“ — Zunge . . . (bei eigenem Verständnis laut vorlesen). — Dagegen: Auge — „o“ — „a“ — „m“ — „u“ — Zunge . . . (= Lautlesen ohne selbst zu verstehen, das Lesen des sens. Aphasischen und einer kleinen Zahl visueller Typs).

Schreiben drückt sich im Schema aus: Auge — „o“ — „a“ — „B“ — $\begin{matrix}\text{„a“}\\|\\\text{„m“}\end{matrix}$ — „o“ — „gr“ — „H“ — Hand. Aber auch der Kranke, der an Aphasie, an Alexie leidet, schreibt (besser gesagt zeichnet ab, denn er weiß nicht, was er schreibt): Auge — „o“ — „gr“ — „H“ — Hand . . .

Überblicken wir jetzt im Zusammenhang nochmals die beiden wichtigsten zentralen Sprachstörungen:

1. Die vollständige „corticale“ sens. Aphasie, wie sie von Wernicke und Lichtheim herausgestaltet wurde, entsteht durch den isolierten Verlust der Wortklangerinnerung. Wernike: „Nur das Wortlautverständnis des Gesprochenen fällt aus, bei nachweislich erhaltenem und genügendem Hörvermögen.“ — Pathol.-anatomisch finden wir die oben mehrfach erwähnten Rindendefekte. Vergl. hiezu als Beispiel die Mitteilung Henschen's: Bei klinisch reiner sens. A. ergaben lückenlose Serien-

schnitte einen Herd im lkn. gyrus temp. sup., der jedoch den engeren Bezirk, der die Hörstrahlung aufnimmt (Heschl'sche Querwindung), verschont hatte. — Bonvicini nimmt als Sitz dieser cort. sens. A. einen räumlich eng umgrenzten Defekt im Hörfeld (gyrus temp.) an.

An Hand des Schemas verfolgen wir die funkt. Ausfälle: Das Sprachverständnis ist aufgehoben, der Kranke ist nicht hörtaub, nicht einmal notwendig schwerhörig. Insbesondere ist eine hinreichende Hördauer für die Bezold'sche Sexte vorhanden. Der Patient vernimmt die Sprachlaute, die an sein Ohr dringen, mit der erforderlichen Insensität. Vergl. Liepmann's Fall Gorstelle: Absolute Worttaubheit bei fast völlig intaktem Gehör. — Der Patient erkennt auch die Sprache als solche, er ist nicht „sprachtaub". Er erfaßt Tonfall, Rhythmus, Klangfarbe. Zuweilen werden sogar einzelne Vokale erkannt. Jedoch der Wortsinn bleibt völlig verschlossen. Der sens. Aphasische ist „worttaub", vergl. Bonvicini, Jahrbuch für Psychiatrie 26, S. 193. Das Gespräch klingt ihm besonders anfangs wie „momomo" oder „toteroto". Später in der Rekonvaleszenz spricht ihm die Umgebung „merkwürdig im Dialekt", „wie hohl", „unrein" etc. Liepmann: „Der Kranke apperzipiert entstellte Klänge", der Kranke sagt, „das Gehörte lasse sich nicht zusammenbinden", „es sei ein Durcheinander, das er nicht wiederholen könne". — Während die Spontansprache, abgesehen von gelegentlichen Paraphasien —, relativ bald frei wird von Störungen („B" — „m" — Mund), produziert der Kranke beim Nachsprechen (Ohr — „a" — „m" — Mund) noch lange die unmöglichsten und sinnwidrigsten Wortverstümmelungen. Diese letztgenannte Störung, die der sens. Aphasische mit dem Labyrinthtauben in gewissem Grade gemeinsam hat, erklärt Treitel, „Hörprüfung Aphasischer", damit, „daß in beiden Fällen kombiniert werde".

Erhalten bleibt dem sens. A., wie schon erwähnt, die willkürliche Sprache. Zunächst allerdings ist sie schwer entstellt durch Paraphasien (Wort- und Silbenverwechslungen), durch häufiges Haftenbleiben, durch die sprachliche Armut an Konkreta, durch ein stilloses, wortreiches (logorrhoisches), leeres Phrasendreschen. Zu den Paraphasien können hinzu-

kommen transitorische Paragraphie und Paralexie. Das Leseverständnis ist meist beeinträchtigt. Die Paraphasien beim Lautlesen erklären sich damit, daß das „äußere und innere" Ohr dem „äußeren und inneren" Sprechen nicht kontrollierend zuhören kann. Völlig störungsfrei bleibt von Anfang an eigentlich nur das Abschreiben.

Prognostisch ist die sens. A., natürlich jetzt ohne Rücksicht auf das Grundleiden, ziemlich günstig zu beurteilen, NB. wenn eine gesunde rechte Hemisphäre vikariierend eintreten kann. Die bitemporale Verletzung führt zu bleibender Wortaubheit, verbunden mit schwer kompensierbarer akustischer Wortstummheit.

Gegen diese Form corticaler sens. A. grenzt Lichtheim eine subcorticale sens. A. ab. Pick vertrat noch 1898 in seinen „Beiträgen zur Pathologie und pathol. Anatomie des Zentralnervensystems" die Auffassung: „daß ein Beweis für die Richtigkeit der theoretisch konstruierten Annahme von der Entstehung der subc. sens. A. durch einen subcorticalen Herd in der linken Großhirnhemisphäre nicht vorliege, daß es dagegen mehr als wahrscheinlich sei, daß jene Form durch doppelseitige Läsionen der Schläfelappen mit Beteiligung der Rinde in bestimmter Anordnung zustande kommt. Daß jene Form auch durch doppelseitige rein subcorticale Herde in den Schläfelappen zustande kommen könne, sei vorläufig nicht auszuschließen."

Wenig später stellt Veraguth an Hand einer Krankengeschichte die Behauptung auf, „daß ein Patient eine reine Worttaubheit par excellence (das eigentliche Bild der subc. sens. A.!) durchmachen könne ohne einen subcorticalen Herd im linken Schläfelappen zu haben (bei gleichzeitiger Schädigung im Grau beider oberer Temp.-Lappen).

Die Monographie von Liepmann (1898) bringt zum erstenmal den geforderten anatomischen Befund bei klinisch einwandfreier subc. sens. A., nämlich eine linksseitige subc. Läsion im Mark des gyrus temp. sup. Und Leonardo Bianchi nimmt in sein Lehrbuch (1904) als pathologisch-anatomisches Substrat der reinen (subc.) sens. A. nur noch ausschließlich den (linksseitigen) subc. Herd an.

Die subc. sens. A. unterscheidet sich von der oben beschriebenen cort. Form darin, daß neben der Störung des Sprachverständnisses und (als dessen weitere Folgeerscheinung) des Nachsprechens und Diktatschreibens Spontansprechen, Schreiben und Lesen (laut und leis) völlig unangetastet bleibt. „a", das Zentrum der Wortklangerinnerungen, bleibt in Verbindung mit „B" und „m", dagegen ist es abgesperrt vom Ohr. Der Defekt trifft subcortical, ziemlich dicht unterhalb des linken gyr. temp. sup. die akustischen Projektionsbahnen (?) und die temp. Kommissurenbahnen (vor allem im Balken). (Nach Flechsig handelt es sich um eng begrenzte corticale Herde, die ein besonderes sprachakustisches Projektionszentrum im gyr. temp. sup. — vom mnestischen Bezirk räumlich getrennt — zerstört hätten). Erwähnenswert ist noch, daß bei der subc. sens. Aphasie der rechte Temporallappen häufig nicht ausgleichend eintritt, so daß ein dauernder funktioneller Hördefekt bestehen bleibt. Obwohl der Kranke noch jedes Geräusch bis in alle Einzelheiten hört, insbesondere die Bezold'sche Tonsexte lückenlos perzipiert, ist er doch außerstand, irgendwie zu differenzieren, einen Klang, ein Wort wiederzuerkennen.

Hiezu völlig analog wird beschrieben eine cort. und subc. motorische Aphasie. Die corticale Form, die „m", das Zentrum der sprachkinästhetischen Erinnerungen, vernichtet, macht den Kranken wortstumm. Wir finden aufgehoben: die Möglichkeit des Spontansprechens, des Nachsprechens, des Lautlesens, des Spontanschreibens (vergl. Schema: die Schreibbahn „B"— $\begin{matrix}\text{„a"}\\|\\\text{„m"}\end{matrix}$ —„o"— etc. ist unterbrochen). Diktatschreiben und Leseverständnis ist erschwert. Die Kranken müssen erst lernen, rein akustisch zu schreiben. Erhalten bleibt Sprachverständnis und Abschreibefähigkeit.

Die Sektion findet ziemlich regelmäßig linksseitig cort. Herde im Inselbereich, im Broca'schen Feld. Mitteilungen von K. Goldstein, das klinische Bild einer zentralen motor. Sprachstörung: Verlust des Laut- und Leiselesens, des Schreibens; schwer geschädigt waren Spontansprache und Nach-

rechen. Daß Patient keine Paraphasien zeigte, wird damit Zusammenhang gebracht, daß das Broca'sche Sprachfeld takt blieb. Der Sektionsbefund lautete: schwere linksseitige selschädigung eines Rechtshänders.

Auch in diesem Fall ist die Prognose bei einseitigem efekt nicht absolut ungünstig. Als erster „Heilungserfolg" hrt Nachsprechen wieder. Die Spontansprache verliert lten ganz eine Art Depeschenstil.

Die reine subc. mot. Aphasie Wernicke's läßt intakt „m". e kinästhetischen Spracherinnerungsbilder bleiben also erlten, sind aber abgetrennt von den Projektionsfeldern („u") r entsprechenden Hirnnerven. Der Defekt sitzt meist in n Fasermassen zwischen Rinde und Linsenkern (capsula t., extr., fasciculus arcuat.). Der funkt. Ausfall bleibt behränkt auf Spontansprache („B" — „a" — „m" || „u" . . . etc.) d natürlich auch Lautlesen und Nachsprechen, während hreiben (innere Spr.) und Leislesen erhalten bleibt. Da ch „u" erhalten bleibt, beobachten wir keine neurologischen sfälle in der Peripherie (wie etwa Anarthrie, Schlucklähung etc.).

Bekannt geworden sind uns die Aphasien lange Zeit hinrch ausschließlich als Erkrankung des Alters, als Restzuände nach Apoplexien, Traumen u. ä. — Und das jüngste teil der Fachleute (Gutzmann, Nadoleczny, aber auch schon s von Bezold u. a.) betont es auch, daß entgegen früherer nschauung echte Aphasie im Kindesalter höchst selten vormmt. Die einwandfrei nachgewiesenen Fälle lassen sich st noch aufzählen. Noch wesentlich seltener sind die Fälle geborener zentr. Aphasie. (Durch Maas wurde eine otorische Aphasie bei einem 5jährigen Knaben bekannt.)

Die Differenzialdiagnose hat auszuschließen ganz gewöhnhe Imbezilität, zum zweiten Schwerhörigkeit, insbesondere Bereich der Bezold'schen Sexte. In letzter Zeit wurden ychische Störungen (hysterische Reaktionen, Sprachscheu u. ä.) Ursachen — scheinbar zentraler — Aphasien bekannt.

Unter den wenigen sicher verbürgten Fällen von erworb. sens. Aphasie im Kindesalter sei eine neuere Veröffentlichung von Prof. O. Pötzl, Prag, kurz erwähnt: Ein 7jähriger Sohn eines Arztes, bis dahin körperlich und psychisch, vor allem sprachlich gleichmäßig und gut entwickelt, erkrankte mit $6^3/_4$ Jahren an leichter, kaum fieberhafter Grippe. Im Anschluß hieran, die Grippe war längst abgelaufen, entwickelte sich in kurzer Zeit eine schwere Hör-Sprachstörung. Der Junge begann damit zu klagen: die Mutter solle lauter sprechen, er höre sie nicht; und den Eltern fiel auf, daß das Kind unaufmerksam und unhöflich wurde, auf Fragen und Anordnungen abwegig oder überhaupt nicht reagierte. Bald darnach traten, zunehmend gehäuft, schwere Paraphasien auf, die an die „Konsonantenfehler" Schwerhöriger erinnerten. Tonsillotomie blieb ergebnislos. — Der Untersuchungsbefund, durch Prof. P. erhoben: Sprachverständnis restlos aufgehoben, Aufmerksamkeit gegenüber sämtlichen akustischen Eindrücken auf ein Minimum reduziert. Bezold'sche kont. Tonreihe wird lückenlos gehört, Hördauer wenig verkürzt. Spontansprache fast ganz erloschen. Gelegentlich Echolalie. An Hand des Bilderbuches tauchen zahlreiche verbale und literale Paraphasien auf (Konsonantenverdichtungen und -verschiebungen). Psychisch: absolut freies Sensorium, lebhaftes allgemeines Interesse, Gebärdensprache prompt, Lese- und Schreibfähigkeit erhalten, desgleichen musikalisches Gehör. Auf dieses (mehrtägige) Stadium fast völliger Stummheit folgte ein zweites längeres „logorrhoisches", hierauf als drittes das Rückbildungsstadium mit pseudomotorischem (Liepman) Einschlag, d. h. einem Vorwiegen der literalen Paraphasien, verbunden mit scheinbarer Dysarthrie. — Die heilpädagogische Behandlung (durch Lektor Kindelmann) berücksichtigte die von Anfang an gemachte Beobachtung, „daß das akustische Klangbild (eines Wortes) häufig verloren ging", daß „Sinnvorstellung und akustischer Klang oft gelöst waren", daß der Knabe erst wieder lernen mußte neu zu verbinden seine (optisch, taktil etc. gewonnenen) Vorstellungen mit den zugehörigen Namen, den Wortklängen, die ihm als Erinnerungsschatz verloren gegangen waren." Es wird betont, daß die Eigenleistungen der akut

tischen Sphäre gebessert wurden (erneutes Ordnen des akustischen Sprach- und Vorstellungsmaterials) nicht so sehr auf dem Weg über die akustische Sphäre als die optisch-taktile. – Nach einigen Monaten war völlige Heilung (Kompensation?) eingetreten.

Ätiologisch werden von Prof. P. in erster Linie dynamische (toxisch bedingte) Störungen erwogen: „Es spricht im ganzen viel dafür, daß nicht einmal das Bestehen eines einseitigen, ausgedehnteren, makroskopisch sichtbaren Herdes für den Befund verantwortlich zu machen ist, sondern daß es näher liegt, hier an dynamische Verhältnisse zu denken, die mit dieser Eigenart des klinischen Bildes zusammenfallen. Wenn man aber bei den motorischen Aphasien des Kindesalters in den Fällen mit intakter Schriftsprache an solche dynamische Beziehungen denken darf, so liegt es nahe, auch die Reinheit der Schriftsprache in einem Fall von sens. Aphasie (dem hier mitgeteilten) auf das Bestehen besonderer dynamischer Beziehungen zurückzuführen, die die Sprachsphäre des Kindesalters von der Sprachsphäre des Erwachsenen unterscheiden," . . . wie wir denn beispielsweise die Eigentümlichkeit (beim Kinde) beobachten, „daß vom Wernicke-Zentrum noch Wirkungen ausgelöst werden können, die beim Erwachsenen eine Mitläsion des Scheitellappens erforderten".

Wir kehren abschließend zu unserem Patienten H. R. zurück. Haben auch die vorausgegangenen Seiten die Vielgestaltigkeit der Aphasieformen unserem Verständnis etwas näher gebracht, unsere Aufgabe differenzialdiagnostisch zu unterscheiden zwischen den beiden praktisch allein in Frage kommenden Möglichkeiten: der einer angeborenen sens. Aphasie oder einer hochgradigen Schwerhörigkeit mit sek. Sprachtummheit bei angeborener Labyrintherkrankung, hatte hievon insofern nur mäßigen Gewinn, als das Krankheitsbild bei H. R. in vieler Beziehung abweicht von den typischen Formen der sens. Aphasie, die uns jetzt bekannt geworden sind, andererseits aber auch die Diagnose Labyrinthschwerhörigkeit (mit ihren Folgen) nicht recht befriedigen kann.

Die sorgfältige Gehörprüfung gibt unserer Meinung nach kein völlig sicheres Urteil über die praktisch vorhandene Funktionstüchtigkeit des Organes. Die Ergebnisse der Untersuchung durch Herrn Prof. Dr. Brock (Ende Februar 1828) waren: Leistung des rechten Ohres: Konversationssprache noch bei 2 m Abstand, Flüstersprache bei ca. 10 cm Abstand vom Ohr fehlerfrei gehört. — Das linke Ohr erwies sich bei Verwendung der Baranyschen Lärmtrommel als völlig taub. Mit Hilfe der Bezold'schen kontinuierlichen Tonreihe ließ sich eine erhebliche Einschränkung der Hörbreite nach unten feststellen. Obertöne-freie Stimmgabeln mit weniger als ca. 100 Doppelschwingungen in der Sekunde (= F') wurden nicht mehr gehört. Für Töne tiefer als F' war also auch das rechte Ohr ertaubt. Die Bezold'sche Sexte als wichtigste Voraussetzung für Sprach-Gehör wurde lückenlos gehört, nur zeigte sich (in Übereinstimmung mit der oben erwähnten Schwerhörigkeit) eine nicht unerhebliche Verkürzung der Hördauer: c — 135 sec., g^2—52 sec., c^2—148 sek., gemessen an normaler Hördauer. Gesamtergebnis: erhebliche rechtsseitige Schwerhörigkeit mit beachtenswerter Einengung der Hörbreite nach unten, dazu völlige Ertaubung des linken Ohres.

Angesichts dieses Befundes liegt es natürlich außerordentlich nahe, hochgradige Schwerhörigkeit, resp. partielle Taubheit als Ursache einer sek. Hörstummheit anzunehmen. Und die Therapie hieße: Unverzügliche Verbringung in eine Taubstummenanstalt. Dieses Resultat scheint uns nicht einwandfrei zu sein.

Wir schieben hier eine kurze, wissenschaftlich höchst anerkennenswerte Bemerkung ein aus dem Jahresbericht der Hilfsschule Erlangen 25/26. Herr Hauptlehrer Ramstein beantwortete sich dort nach einem eingehenden Besuch der Taubstummenanstalt in Nürnberg die verantwortungsvolle Frage ob dem — damals $9^1/_2$ jährigen — M. R. event. zum größten Nachteil für sein späteres Leben die Erziehung in einer Schwerhörigen- und Taubstummenschule vorenthalten werden dürfe folgendermaßen: „Bei den dortigen Hörstummen handelt es sich um die Gewinnung des Sprachelementes und damit um die Vermittlung des Sprachvermögens. Sie alle verstehen der

Lehrer und die Umwelt, können sich aber nicht sprachlich äußern. Bei M. liegt die Sache wesentlich anders. Er kann alles nachsprechen, er besitzt also jetzt durch seinen Aufenthalt in der Hilfsschule Sprechvermögen. Er würde in der Taubstummenanstalt sprachtechnisch weitaus der beste unter den 13—14 jährigen Kindern, im Verstehen des Gesprochenen aber weitaus der schlechteste der Vorklasse (7—12 jährige) sein."

Wir fügen heute hinzu: Dem gewöhnlichen (Ohr-)taubstummen Kind fällt am schwersten das Erlernen der Artikulation, denn es fehlt ihm jede Kontrolle durchs Gehör. Es muß sie in mühsamem Üben ersetzen durch Schulung des Auges, durch Verfeinerung des Tast- und Bewegungssinnes in Mund-Rachenorganisation, Fingerspitzen etc. Dagegen macht es ihm die Unversehrtheit seiner „inneren Sprachorganisation" leicht („B" — „a" — „m" . . .), gemessen an dem unerhörten Zeit- und Kraftaufwand, den der so bescheidene Wortschatz unseres M. R. erforderte, in den Besitz der inneren Sprache (Leseverständnis, Schreibsprache etc.) zu gelangen.

Sehen wir uns den Erfolg an, den das hingebungsvolle, aufs lebhafteste interessierte 4 jährige Bemühen eines erfahrenen Lehrers und die sorgsame Pflege eines verständigen Elternhauses gebracht hat: Der $11^1/_2$ jährige, intellektuell sicherlich nicht irgendwie nennenswert beschränkte Knabe spricht uns heute ein kurzes Sätzchen wie: „Die Obstbäume unseres Gartens fangen an zu blühen", ziemlich lautrein und fließend nach. Die Aussprache macht ihm keine sonderliche Mühe, nur selten unterläuft eine typische paraphasische Wortverstümmelung. Es überrascht uns daher zu sehen, daß M. vom Sinn dieser paar Worte so gut wie nichts verstanden hat. Er erkennt vielleicht das einzelne Wort „Garten", im Rahmen des Sätzchens versteht er nicht einmal dies. Der Sprachschatz, der ihm zu eigener freier Verfügung steht, ist knapp der eines 4jährigen, seine grammatikalische Ausdrucksweise kaum die eines normalen 2—3jährigen Kindes. So bringt er es heute noch nicht fertig, auch nur die einfachste spontansprachliche Aussage zu machen, wie etwa: ich habe Kopfweh, oder die Sonne scheint hell. Selbst so bescheidene Leistungen wie: Schau daher, geh doch weg, kuckuck etc. stecken besonders an manchen Tagen noch voll von Paraphasien.

M. R. liest uns heute ein Stück aus einem Lesebuch fehlerlos und fließend vor: „In einem kleinen Dorfe lebte ein Mann, der war arm und krank". Jedoch der Inhalt dieser Zeilen bleibt ihm restlos verschlossen. Er ist absolut außerstand irgend eine Inhaltsangabe zu machen. Wir deuten auf einzelne Worte, z. B. „arm" und unsere Miene und Geste fragt ihn nach der Bedeutung. M. wiederholt mehrmals fragend „arm . . arm" — und zeigt plötzlich etwas zweifelnd auf seinen Arm. Den übrigen Worten gegenüber bleibt er völlig hilflos.

Was M. sicher erkennt und auch zu gebrauchen versteht, sind Ziffern und Zahlen, dazu ein paar Dutzend Substantiva und Adjektiva, einige wenige Verba. Aber auch dieser Besitz läßt sich als höchst unbeständig nachweisen. Eine kleine Versuchsanordnung soll es zeigen: Ref. stellte aus dem Spielzeugschatz der Hilfsschule eine kleine Gruppe von Modelltierchen zusammen. M. kennt sie natürlich alle ganz genau vom täglichen Gebrauch, er zeigt ihre Eigentümlichkeiten und ihre Lebensweise (z. B. die des Eichhörnchens, das auf Bäumen lebt . .), imitiert treffend ihre Bewegungen, ihre Wesensart (z. B. die des Hundes, der gerne zubeißt). Nicht ahmt er nach ihre Laute, wenigstens nicht spontan. Im Verlauf einiger Tage hatte Ref. an Hand dieser Modelle die Namen der Tiere wieder und wieder geübt. Der mühsam errungene Erfolg war, daß M. jeweils nach etwa viertelstündiger Arbeit die Namen zu beherrschen schien. Er zeigte und nannte dann aus eigenem Antrieb den Löwen, den Elephanten, das Eichhörnchen etc.

Die Kontrolle nach vielleicht 4—5 Stunden: 1. Versuch: „Zeig den Löwen!" — M. wiederholt mehrmals „Löwen . . . Löwen . . ." hilflos wandert sein Auge über die 10—12 Figürchen, er späht nach dem Blick des Referenten. Vergebens, er weiß einfach nicht, welchem Tier dieser Name zukommt. Schließlich kann es sein, daß seine Hand — unentschieden zaudernd — als nächstbeste Figur den Elefanten oder das Eichhörnchen herausgreift.

2. Versuch (natürlich zu anderer Zeit): M. wird eine Figur, etwa das Eichhörnchen, gezeigt und die Frage zu verstehen gegeben: „Wie heißt es?" M. ist sich völlig im klaren, was seine Aufgabe ist. Er eilt ohne Zögern ans Fenster und zeigt

achend auf die nahestehende Fichte und seine Hände imitieren as springende Eichhörnchen. Die erneute deutliche Frage nacht ihn verlegen und unruhig. Zweifelnd nennt er wahlos, was ihm gerade an Namen einfällt. Schließlich läßt ihn ein ehrgeiziger Stolz bitter schluchzen.

3. Versuch: Die Aufgabe einen kleinen Aufsatz aus dem Lesebuch abzuschreiben bewältigt er schnell und sicher. Das Schriftbild ist einheitlich, zeigt Sorgfalt und Geschicklichkeit. Seine kleinen Skizzen verraten ein gewisses zeichnerisches Talent, scharfe Beobachtung, gutes optisches Gedächtnis. Auch in der Behandlung der Farbe ist er den Geschickten unter seinen ges. Altersgenossen nicht unterlegen. Es braucht wohl nicht weiter betont zu werden, daß sein „Schreiben" eine rein technisch-zeichnerische Leistung ist, daß er unter den vielleicht 100 Silben kaum 2 oder 3 ihrem gedanklichen Inhalt nach verstanden hat.

4. Versuch: Das Prüfungsergebnis seiner Spontanschrift, d. h. der Fähigkeit, Vorstellungsinhalte schriftlich niederzulegen, entspricht, wie sich auch erwarten läßt, durchaus dem eines Sprach- und Leseverständnisses. Seine Schreibkunst erschöpft sich mit seinem Namen, den arabischen Ziffern und vielleicht etwas mehr als einem halben Hundert von Substantiven und Adjektiven.

5. Versuch: Sein Diktatschreiben stellt sich als rein echohäßige Leistung dar. So wie er die Sprachlaute rein klanglich percipiert, so schreibt er sie — akustisch kopierend —, durch Auslassungen, Vertauschungen, Verdoppelungen etc. entstellt, nieder, eben unvermögend sie an einem gedächtnishäßig aufbewahrten Wortklangbild und Wortschriftbild zu kontrollieren.

Gewiß, rein theoretisch lassen sich diese Ausfälle ableiten als Folge hochgradiger angeborener Schwerhörigkeit. — Vergegenwärtigen wir uns nochmals, daß M. R. im Abstand von 2 m Konversationssprache hinreichend sicher hört, daß er zweistellige Zahlen auf diese Entfernung fehlerlos wiederholt. Seine Gehörsleistung läßt sich darnach vergleichen mit der

einer wesentlich jüngeren, ausgesprochen debilen Mitschülerin. Allein dieses Mädchen hört, spricht, schreibt in einer gar nicht zu vergleichenden Weise besser als M. R.

Den wesentlichen Einwand gegen die Annahme einer reinen Schwerhörigkeitsaphasie bedeutet — in Anbetracht dieses noch erträglichen Schwerhörigkeitsgrades — das unverhältnismäßig schwer geschädigte klangliche Unterscheidungsvermögen, ein ziemlich einwandfreies Charakteristikum sensorischer Aphasie, begründet in dem Unvermögen begriffsverbundene klangliche Erinnerungsbilder zu schaffen und vor allem gedächtnismäßig zu bewahren. Zum Nachweis diente folgende höchst einfache Versuchsanordnung: Vor Michels wachsamen Augen wurden auf dem Tisch aufgestellt und in ihrer Eigenschaft als Geräusch-verursachende Instrumente ausgiebig demonstriert: ein paar Holzbrettchen, ein Stück Blech, ein Schlüsselbund, eine Trompete, eine Schiefertafel, im ganzen etwa 8—10 Gegenstände, die ihm aus dem täglichen Leben hinlänglich bekannt waren. Um jedes Mißverständnis auszuschließen wurde ihm der reguläre Untersuchungsverlauf mit einem anderen Schüler demonstriert. — Obwohl das eindringliche Geräusch dicht hinter Michels Rücken erfolgte, obwohl die Versuche mehrmals wiederholt wurden, sodaß ihnen jedes unerwünschte suggestive Element genommen wurde, war das Resultat unerwartet schlecht. Und zwar waren es weniger die — mitunter gar nicht so erheblichen — Prozentzahlen der Nieten, als vielmehr die ganz groben Verstöße, die immer wiederkehrten.

Wir fragen uns, warum kann M. R. die Sprache seiner Umwelt nicht verstehen lernen, warum kann er sie nicht gebrauchen lernen? Ist er schwerhörig-stumm, besser gesagt: schwerhörig-aphasisch? Oder verhindern ihn angeb. zentr. Mängel, Wortklänge in sein Bewußtsein aufzunehmen, durch begriffliche Inhalte zu erweitern und diese in der Erinnerung festzuhalten, sodaß sie als erneuter akustischer Eindruck wiedererkannt werden und, innerlich wachgerufen,

dem eigenen sprachlichen Ausdrucksbedürfnis zur Verfügung stehen können?

Für beide Auffassungen lassen sich Gründe vorbringen. Die endgültige Entscheidung bleibt wohl der Zukunft vorbehalten. Wir möchten als unsere gegenwärtige Auffassung vertreten, es handle sich um eine echte angeb. sens. Aphasie, deren klinisches Bild z. T. überlagert wird von den Erscheinungen schwerer, gleichfalls angeborener doppelseitiger Labyrintherkrankung.

Literatur-Verzeichnis.

Barthold, Fr.: Der Idiotismus und seine Bekämpfung, ein Beitrag zur praktischen Lösung der Idiotenfrage. Stettin 1868.

Bartsch K.: Hilfsschulpraxis 1927. Verlag Marhold, Halle.

— — Das psychologische Profil. 2. Auflage 1926. Verlag Marhold, Halle.

— — Geistig orthopädische Übungen im ersten Hilfsschuljahr. 1927. Verlag Marhold, Halle.

Bezold: Das Hörvermögen der Taubstummen. 1896. Wiesbaden.

Bing, R.: Aphasie und Apraxie. 1910.

Bonvicini: Subcorticale sens. Aphasie. 1905, Jahrbuch für Psych. 26, S. 126.

Böshauer, Niklas, Schiner: Handbuch der Schwachsinnigenfürsorge. 1903 bis 1905.

Bruns, Cramer Ziehen: Handbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters. 1912.

Bühler, Ch. von: Experimentelle Psychologie. 1922.

— — Die geistige Entwicklung des Kindes. 1921.

— — Das Seelenleben der Jugendlichen. 1923.

Chotzen F.: Einführung in die geistigen Schwächezustände des Hilfsschülers. 2. Auflage. Verlag Marhold, Halle.

Dannemann, Schober Schulze: Enzyklopäd. Handbuch für Heilpäd. Halle.

Ebstein und Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin (Der moralische Blödsinn).

Eisenschütz: Jahrbuch für Kinderheilkunde, Neue Folge 2, S. 93.

Freud, S.: Zur Auffassung der Aphasien. 1891.

Frenzel, F.: Handbuch des Hilfsschulwissens, 1. Bd. Geschichte und Literatur des Hilfsschulwesens 1921. 2. Bd. Wesen und Einrichtung der Hilfsschule. 1926. Verlag Marhold, Halle.

Fröschels: Taubstumme und Hörstumme. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und -Lehre. 1910.

Fuchs, A: Schwachsinnige Kinder in Gütersloh. 1912.

Groß, K.: Das Seelenleben des Kindes.

Gutzmann, H.: Des Kindes Sprache und Sprachfehler.

— — Über Sprachstörungen bei Neurasthenikern.

— — Monatsschrift für Sprachheilkunde. 1911.

— — Sprachphysiologie als Grundlage der wissenschaftlichen Sprachkunde.

Heller, Th.: Grundriß der Heilpädagogik. 1905.
— — Pädagogische Therapie. 1914.
Henze: Die Hilfsschule (im Handbuch des jugendlichen Schwachsinns von Weygandt und Vogt).
Homburger: Psychopathologie des Kindesalters. 1926.
— Die heilpädag. Beratungsstelle in Heidelberg. Zeitschrift für Kinderforschung. 1924, Nr. 29, S. 261.
Iserlin: Psychiatrie und Heilpädagogik, Zeitschrift für Kinderforschung. 1923.
Itard: De l'éducation d'un homme sauvage. 1801.
Keller: Psychologie und Psychopathologie des Kindes.
Kretschmar, R.: Prüfungsverfahren für die Aufnahme in die Hilfsschule.
Langenhagen: Denkschrift aus der Schwachsinnigenanstalt: Der Idiotismus und die Idiotenanstalten mit besonderer Berücksichtigung auf die Verhältnisse im Königreich Hannover.
Liebmann, A.: Untersuchung und Behandlung geistig zurückgebliebener Kinder. 1920.
— — Vorlesungen über Sprachstörungen.
— — Poltern (Vorlesungen über Sprachstörungen Heft 4).
— — Die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder. 1901.
— — Stottern und Stammeln (Vorl. über Sprachstörungen Heft 1).
— — Die sens. Aphasie.
Liepmann, H.: Über reine Sprachtaubheit. 1898.
— — Drei Aufsätze aus dem Apraxiegebiet. 1908.
Liepmann und Pappenheim: Über einen sog. Fall von Leitungsaphasie mit anatomischem Befund. 1914.
Liepmann, H: Normale und pathol. Physiologie des Gehirns (in Curschmann Lehrbuch der Nervenkrankheiten).
Ludwig: Fall von hysterischer Aphasie, Berliner klinische Wochenschrift. 1901.
Maas: Die Sprache des Kindes und ihre Störungen. Verlag Kabitzsch, Würzburg.
Nadoleczny: Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde.
— Sprachstörungen und Stimmstörungen im Kindesalter.
Paulsen F.: Das deutsche Bildungswesen in seiner geschichtlichen Entwicklung. 1906.
Pick, A.: Über das Sprachverständnis. 1909.
Plaß: Pastoral. Fürsorge für die schulentlassene Jugend. 1906.
Pötzl: Reine Worttaubheit. 1919.
Sens. Aphahsie: Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Band 14, Heft 1 und 2. 1926.
Schlittler, E.: Hörprüfung des äußeren, mittleren und inneren Ohres.
Schwend und Wagner: Untersuchung von Taubstummen. 1899.
Stern, W.: Psychologie der frühen Kindheit.
— — Naturforscherversammlung Salzburg 1909.
Stötzner: Über Schulen für schwachsinnige Kinder.

Strohmayer, W.: Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. 1923.
Treitel: Über Aphasie des Kindesalters, Sammlung klinischer Vorträge.
— Hörstummheit, Zeitschrift für Ohrenheilkunde 36. 1900.
Vering, A.: Psychische Heilkunde. 1817.
Vogt-Weygandt: Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns.
Weiß, R.: Lehrpläne für den Unterricht in der Hilfsschule. 1911.
Wildermuth: Allgemeine Zeitschrift für Psych. 41, Heft 4 und 5, S. 668.
Zappert: Beiträge im Handbuch für Kinderheilkunde von Pfandler und Schloßmann. Bd. 4, S. 239 und 467.

Christian Büttner, geboren am 31. Januar 1901 zu amberg als Sohn des derzeitigen Oberstudienrats Karl Büttner Erlangen und seiner Ehefrau Babette, geb. Rath. 1907 bis 911 Volksschule in Nürnberg. 1911 bis 1920 Humanistisches ymnasium Erlangen. 1920 bis 1925 Medizinisches Studium n den Universitäten Erlangen, München, Tübingen und Basel. 926 Praktikant an der Anatomie, an der medizinischen Poli- inik, der Kinder- und der psychiatrischen Klinik der Uni- ersität Erlangen. 1927 a. o. Assistent an der letztgenannten linik. 1928 Volontärassistent an der mediz. Univ.-Poliklinik rlangen. Gegenwärtig Assistenzarzt in Bad Schmiedeberg.